

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST – GRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



**APLICACIÓN DE PSICOTERAPIA GRUPAL COMO ALTERNATIVA DE
TRATAMIENTO, A UN GRUPO DE ALTERNADORAS, DEL ÁREA
METROPOLITANA DE SALUD, QUE PRESENTAN DEPRESIÓN
CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA**

POR

KATIA LORENA SERRANO MAYORGA

JUNIO, 2004

1354

atop del autor

23 AGO 2004

TH

HOJA DE APROBACIÓN

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE HUMANIDADES

Nº. DE CÓDIGO: 327-14-06-01-17

ESTUDIANTE: KATIA LORENA SERRANO MAYORGA


CÉDULA: 4-283-509

TÍTULO AL QUE ASPIRA: MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA DE LA TESIS: **APLICACIÓN DE PSICOTERAPIA GRUPAL
COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO, A
UN GRUPO DE ALTERNADORAS DEL ÁREA
METROPOLITANA DE SALUD, QUE
PRESENTAN DEPRESIÓN CLÍNICAMENTE
SIGNIFICATIVA.**

ASESORA: DRA. GRACIELA ÁLVAREZ

FIRMA DE LA ASESORA: _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE:  _____

APROBADO POR: _____
COORDINADOR DEL PROGRAMA

DEDICATORIA

*Con todo mi amor dedico este trabajo a mi hijo Luis Alejandro,
luz de mi vida.;*

*A mi Madre Marlene, por ser mi fuente de inspiración, respeto y
admiración. Por su incansable amor, dedicación, apoyo y tolerancia.;*

*A mi esposo, Hernán por su inagotable paciencia, amor y empeño en
ayudarme en todos los proyectos y retos que me trazo en mi vida. Gracias
por acompañarme en este camino de luchas y alegrías.*

Los amo a todos.

Kathya Lorena

AGRADECIMIENTO

Mil gracias a todas aquellas personas que de una u otra manera me apoyaron y colaboraron con la realización de este gran sueño.

Muy especialmente a mi asesora de tesis La Dra. Graciela M. Alvarez por su dedicación y apoyo desinteresado. Me faltan palabras para agradecerle su ayuda.

Al Dr. Ramón Mon, por su apoyo incondicional.

Al Dr. Victor Castillo y al Dr. Carlos Rodríguez, por haberme brindado las facilidades para poder llevar a cabo la consecución de este proyecto, en el Centro de Salud Dr. Hernando Martíz de Boca La Caja.

A mis familiares y amigos, por sus alientos y deseos de éxito.

A mis amigos Melissa, Einar, Patricia, Santy, Flory, Peter, Yelena y José Eloy, por ayudarme de una u otra manera en la culminación de este proyecto.

MIL GRACIAS

Resumen

El presente trabajo titulado: **“Aplicación de Psicoterapia Grupal, como alternativa de Tratamiento, a un Grupo de Alternadoras del área Metropolitana de Salud, que presentan Depresión Clínicamente Significativa”**, fue desarrollado siguiendo el método explicativo; se trata de un diseño experimental, por lo que fue necesario consultar libros, revistas, tesis, leyes, Internet y otras fuentes relacionadas con la prostitución, depresión y ansiedad. Se estudian 20 mujeres prostitutas con depresión clínicamente significativa, que reciben atención en la Clínica de Higiene Social del Centro de Salud de Boca La Caja, divididas en dos grupos homogéneos (experimental y control). Los instrumentos utilizados para la recolección de los datos fueron el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory –BDI) y el Inventario de Ansiedad Rasgo –Estado de de Spielberger (IDARE). A través del análisis estadístico de los resultados del Pre-Test y Post Test aplicado hemos confirmado, que la Psicoterapia Grupal es efectiva en el tratamiento de alternadoras que padecen depresión clínicamente significativa, debido a que el Post –Test demostró que después de la Psicoterapia Grupal los niveles de depresión en el grupo experimental se redujeron en 33%

Abstract

This work under title **“Group Psico-therapy Treatment applied to a group of prostitutes, from the Metropolitan Health Area; as an alternative for Clinical Significant Depression treatment”**. Was developed through the Explanatory Method; this necessary to look for information in books – magazines- theses – laws- Internet and other resources related with the prostitution, anxiety and depression problem. Twenty (20) prostitutes with significant clinic depression, who are assisted in the Boca la Caja Social Hygiene Clinic were studied, divided in two homogeneous group (experimental and control). Beck Depression Inventory (BDI)and Spielbertg Anxiety Sing Inventory (IDARE) methods were applied to obtain information. Through and Post Tests we hare proven that Group Psychotherapy is effective in the treatment of prostitutes with clinic depression problems, because the post test applied demonstrated that after the therapy the levels of depression decreased in 33% in the experimental group.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la depresión es la patología de mayor frecuencia y el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad, llegando a ser un problema de salud pública serio. Según Urrutia, (2002) los reportes en el 2001, lo ubican en segundo lugar después del SIDA. Afecta directamente a los pacientes, pero también su entorno social y familiar. Los trastornos depresivos van acompañados de múltiples síntomas, entre ellos de ansiedad.

Por la naturaleza y características de los síndromes depresivos y de ansiedad, es fácil encontrarlos en las mujeres que comercializan su cuerpo (prostitutas), precisamente por la vida llena de desesperanza, tristeza, indignación, zozobra y peligros que conlleva esta actividad, cuyas formas de manifestarse han variado a través de la historia. Aunado a lo anterior, se suman los problemas que inducen a la mujer a incursionar en este oscuro mundo, entre ellos de carácter familiar y económicos.

No obstante, son pocos los estudios que busquen determinar la presencia de síntomas de depresión y ansiedad en este segmento de la población, y más bien se hace énfasis en temas tendientes a prevenir las enfermedades de transmisión sexual mediante controles sanitarios impuestos por las autoridades, pero sin que se tomen medidas firmes tendientes a erradicar las bases del problema; es decir, la prostitución.

Por lo anterior, me he visto motivada a realizar el presente trabajo de investigación titulado **"Aplicación de Psicoterapia Grupal como alternativa de**

tratamiento a un grupo de Alternadoras del área Metropolitana de Salud, que presentan Depresión Clínicamente Significativa”.

El trabajo ha sido dividido en cuatro capítulos. El capítulo I se denomina **“Marco Teórico Referencial”**, y hace énfasis en aspectos generales de la prostitución, visión histórica de la prostitución, clasificación de la prostitución en Panamá, enfoque psicológico de la prostitución, la depresión y el trastorno de ansiedad.

El capítulo II titulado **“Metodología de la Investigación”**, abarca el planteamiento del problema, preguntas de investigación, objetivos de la investigación, tipo y diseño de investigación, hipótesis, definición de las variables, población y muestra técnicas e instrumentos para la recolección de los datos, estadística utilizada y procedimiento.

En el tercer capítulo **“Presentación y Análisis de los Resultados”**, se presentan los resultados del Inventario de la Depresión de Beck (BDI) y del Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE), se hace una comparación entre los niveles de depresión Pre-Test y Post-Test, se responden las preguntas de investigación y se incluye el análisis estadístico e interpretación de los resultados.

En el cuarto capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones, tomando en cuenta las hipótesis planteadas al principio de la investigación. Esperamos con esta investigación contribuir al estudio y desarrollo de programas preventivos de los

trastornos depresivos, y de esta forma aportar en la lucha contra esta enfermedad que afecta niños, jóvenes y adultos sin distinción de raza, sexo, condición social o económica.

ÍNDICE GENERAL

Hoja de Aprobación	
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Resumen /Abstract	
Introducción	
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	1
1.1. Aspectos Generales de la Prostitución	2
1.1.1. Concepto de prostitución	2
1.1.2. Evolución histórica de la prostitución	7
1.2. Visión Histórica de la Prostitución en Panamá	12
1.3. Clasificación de la Prostitución en Panamá	16
1.3.1. Características	16
1.3.2. Formas de ejercer la prostitución	21
1.3.2.1. Prostitución callejera y clandestina	21
1.3.2.2. Prostitución de bares y clubes nocturnos	21
1.3.2.3. Prostitución en prostíbulos	26
1.3.2.4. Las callgirls	28
1.3.2.5. Prostitución en centros de estética (masajes)	31
1.3.2.6. Otros tipos de prostitución	33
1.4. Aspecto Legal de la Prostitución	34
1.5. Enfoque Psicológico de la Prostitución	37
1.5.1. Factores que intervienen en la prostitución	38
1.5.2. Psicología de la prostitución	40
1.5.3. Psicopatología en Prostitutas	47
Depresión y Prostitución	

1.5.4. La rehabilitación	53
1.6. La Depresión	56
1.6.1. Naturaleza	56
1.6.2. Clasificación de los Trastornos Depresivos	59
1.6.3. El Proceso Depresivo	72
1.7. El Trastorno de Ansiedad	75
1.7.1. Patología de la ansiedad	75
1.7.2. Principales rasgos	77
1.8. Psicoterapia Cognitiva, como modelo de tratamiento a un grupo de alternadoras que presentan depresión clínicamente significativa.	79
CAPÍTULO II	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	94
2.1. Planteamiento del Problema	95
2.2. Justificación	95
2.3. Objetivos de la Investigación	97
2.3.1. Objetivo general	97
2.3.2. Objetivos específicos	97
2.4. Hipótesis	98
2.4.1. Hipótesis de investigación	98
2.4.2. Hipótesis estadística	98
2.5. Tipo y Diseño de Investigación	99
2.5.1. Tipo de Investigación	100
2.5.2. Diseño de investigación	100
2.6. Definición de las Variables	101
2.6.1. Identificación de las variables	101
2.6.1.1. Variable independiente	101
2.6.1.2. Variable dependiente	101

2.6.2. Definición conceptual de las variables	101
2.6.3. Definición operacional de las variables	103
2.7. Población y Muestra	112
2.7.1. Población	112
2.7.2. Muestra	112
2.7.2.1. Criterios de inclusión	113
2.7.2.2. Criterios de exclusión	113
2.8. Técnicas e Instrumentos para la Recolección de los Datos	113
2.8.1. Técnicas	113
2.8.2. Instrumentos	114
2.9. Estadística Utilizada	116
2.10. Procedimiento	116
2.11. Evaluación de los Resultados	117
2.12. Financiamiento	118
CAPÍTULO III	
PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	119
3.1. Presentación de los Resultados del BDI y el IDARE	120
3.1.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI)	120
3.1.2. Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE)	125
3.2. Comparación de los niveles de Depresión Pre- Test y Post – Test	130
3.3. Preguntas de Investigación	135
3.4. Análisis estadístico e Interpretación	137
3.4.1. Inventario de Beck – BDI	137
3.4.2. Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado –IDARE	143
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	147

4.1. Conclusiones	148
4.2. Recomendaciones	150
BIBLIOGRAFÍA	152
ANEXOS	157

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro I	Distribución Porcentual de la atención de la Clínica de Higiene Social – según centro de salud- Región Metropolitana de Salud	19
Cuadro II	BDI. Rangos de puntuación obtenida en el Pre- –Test – Grupo Experimental y Grupo Control – aplicado a prostitutas que se atienden en la Clínica de Higiene Social – Centro de Salud de Boca la Caja	122
Cuadro III	BDI. Rangos de puntuación obtenida en el Pos – Test – Grupo Experimental y Grupo Control – aplicado a prostitutas que se atienden en la Clínica de Higiene Social – Centro de Salud de Boca la Caja	124
Cuadro IV	IDARE. Rangos de puntuación obtenida en el Pre- –Test– Grupo Experimental y Grupo Control – aplicado a prostitutas que se atienden en la Clínica de Higiene Social – Centro de Salud de Boca La Caja	126
Cuadro V	IDARE. . Rangos de puntuación obtenida en el Pos –Test – Grupo Experimental y Grupo Control – aplicado a prostitutas que se atienden en la Clínica de Higiene Social – Centro de Salud de Boca la Caja	128
Cuadro VI	BDI – IDARE. Rangos de puntuación obtenida en el Pre – Test y el Post –Test Grupo Control – aplicado a prostitutas que se atienden en la Clínica de Higiene Social – Centro de Salud de Boca la Caja	131
Cuadro VII	BDI –IDARE. Rangos de puntuación obtenida en el Pre – Test y el Post –Test Grupo Experimental – aplicado a prostitutas que se atienden en la Clínica de Higiene Social – Centro de Salud de Boca la Caja	133
Cuadro VIII	BDI. Variable Depresión -Pre- Test y Post – Test - Grupo Experimental	138

Cuadro IX	BDI. Tabla de Contingencia. Relación entre el Pre-Test y el Post- Test. Grupo Experimental	139
Cuadro X	IDARE. Variable Ansiedad. Post –Test y Pre –Test. Grupo Experimental	143
Cuadro XI	IDARE. Tabla de Contingencia. Relación entre Pre –Test y Post – Test Grupo Experimental	143

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura No. 1	Gráfica. Distribución porcentual de la atención de las Clínicas de Higiene Social según centros de salud – Región Metropolitana de Salud.	20
Figura No.2	Gráfica. Inventario de Depresión de Beck (BDI) aplicado a prostitutas que se atienden en la Clínica de Higiene Social - Centro de Salud de Boca la Caja	121
Figura No.3	Gráfica. BDI. Rangos de puntuación obtenida en el Pre-Test del Grupo Experimental y Grupo Control – aplicado a prostitutas que se atienden en la Clínica de Higiene Social – Centro de Salud de Boca la Caja	123
Figura No. 4	Gráfica. BDI. Rangos de puntuación obtenida en el Post-Test Grupo Experimental y Grupo Control – aplicado a prostitutas que se atienden en la Clínica de Higiene Social – Centro de Salud de Boca la Caja	125
Figura No.5	Gráfica. BDI. Rangos de puntuación obtenida en el Pre-Test y Post - Test- Grupo Experimental.	125
Figura No.6.	Gráfica. IDARE. Puntuación promedio A-Rasgo(SXR) y A-Estado (SXE)- Pre-Test – Grupo Experimental y Grupo Control	127
Figura No. 7	Gráfica. IDARE. Puntuación promedio A-Rasgo(SXR) y A-Estado (SXE)- Post Test – Grupo Experimental y Grupo Control	129

Figura No. 8	Gráfica: IDARE. Rangos de puntuación obtenida Pre-Test y Post Test (Grupo Experimental)	130
Figura No. 9	Gráfica: BDI – IDARE. Puntuación promedio obtenida en el Pre-Test y Post –Test Grupo Control	132
Figura No. 10	Gráfica: BDI –IDARE. Puntuación promedio obtenida en el Pre-Test y Post –Test Grupo Experimental	135
Figura.No.11	Distribución de CHI Cuadrado para un grado de libertad BDI	142
Figura No.12.	Distribución de CHI Cuadrado para un grado de libertad – IDARE	146

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

1.1. Aspectos Generales de la Prostitución

1.2. 1. Concepto de prostitución

A través de la historia muchos han sido los conceptos y opiniones que se han emitido sobre la prostitución, los cuales han variado dependiendo de la época y del lugar de procedencia. Así, lo que para algunas naciones era divino o al menos aceptable, en otras era castigado con severidad, aplicándose hasta la pena de muerte a quien la practicaba.

En este estudio mencionaremos algunas definiciones desde el punto de vista de versados en el tema, a fin de tener un marco de referencia más amplio sobre el tema que se investiga,

Al referirse al origen etimológico de la prostitución, la Enciclopedia Jurídica Española indica:

“Etimológicamente prostitución viene del latín “Prosto” que significa sobresalir, estar saliente, es una palabra por consiguiente que representa de una manera gráfica, al igual que la derivada de ella, Prostíbulo, el lugar donde se ejerce la prostitución; la actitud de la mujer ofreciéndose en pública concupiscencia”¹

Según Blázquez (2000), “el término prostitución en español proviene del verbo latín Prostituere, que significa traficar o comerciar “. A todas luces, según este autor se

¹ SIEX – EDITOR. 1990. Enciclopedia Jurídica Española. España. Pág. 345.

trata de una conducta o práctica en donde sobresale el comercio de la actividad sexual de una persona a cambio de una retribución, lo cual constituye una subcultura que a pesar de los más estrictos controles, persecuciones o políticas modernas, que Estado alguno haya podido ejecutar, jamás se ha podido erradicar.

Selles, (1991), define prostitución como “una forma de explotación del sexo, que se manifiesta con un carácter para comerciar basado en el principio de la compraventa de las relaciones sexuales, compraventa que al igual en cualquier mercancía se obtiene a través de remuneración”.

Bezemer (1994), en su libro Después del Incesto, indica que la prostitución “ la prostitución consiste en prestarse a realizar actos sexuales a cambio de una retribución económica. Es una profesión donde la prostituta ofrece sus oficios (cuerpo) al cliente por un precio previamente convenido”

Como vemos, según Selles y Bezemer, la prostitución se conceptualiza como el intercambio sexual del cuerpo, por dinero o especie, inclusive, se le compara con la compraventa de mercancía, un oficio o profesión remunerada. Sin embargo, En materia de concepto vamos a encontrar diversas posiciones en cuanto a lo que es la prostitución.

Para Howard Warren (1981), la prostitución no es más que una práctica habitual como medio de subsistencia; específicamente dice:

"Es la práctica de relaciones sexuales promiscuas (generalmente por mujeres) a cambio de una remuneración económica. Limitando dicho término a la práctica habitual como profesión o medio de subsistencia"²

La reconocida feminista Victoria Sau (1981), sobre el mismo tema se expresa en los siguientes términos:

"La prostitución es una institución masculina patriarcal según la cual un número indeterminado de mujeres no llega nunca a ser distribuido a hombres concretos por el colectivo de varones a fin de que den a merced no de uno solo sino de todos los hombres que deseen tener acceso a ellas, lo cual suele estar mediatizado por una simple compensación económica"³

Como se puede ver, la referida escritora le da a la prostitución el carácter de institución al servicio del hombre, en donde las mujeres mercadean su cuerpo y se entregan no por placer, sino a cambio de dinero.

El escritor Alberto Noboa (1983), al referirse a la prostitución, por una parte le da el carácter de lujuria en base al fin que persigue, pero también enfatiza en que priva el interés por el dinero. Taxativamente dice.

"Lujuria mercantilizada habitual (contenida en el código penal alemán). Es lujuria puesto que es preciso que la o las personas busquen una satisfacción genital; mercantilizada porque sin el factor lucrativo, es decir, que haya un interés de cambio, no hay prostitución y habitual porque, no basta una entrega ocasional por dinero o por otro valor de cambio"⁴

² WARREN, H. 1981. *Diccionario de Psicología*. Fondo de Cultura Económica. México. Pág. 279.

³ SAU, V. 1981. *Diccionario Jurídica Feminista*. Primera edición. Icaria Editorial, S. A. Barcelona. Pág.209.

⁴ NOBOA, A. 1983. *Sexualidad Humana y Relaciones Personales*. Segunda edición. Federación Internacional de Planificación de la Familia. New York.

John Gagnon , al referirse al significado de la prostitución manifiesta lo siguiente:

"La prostitución consiste en permitir acceso a una relación sexual de manera relativamente indiscriminada mediante la percepción de dinero o bienes materiales, según el grado de complejidad del sistema económico en que se dé. Está implícito que el pago se realiza para obtener una gratificación sexual específica. La prostitución es un servicio que puede ser efectuado por hombres o mujeres a solicitud bien de hombres o de mujeres, aunque prácticamente en casi todas las sociedades los actos de prostitución suelen llevarse a solicitud de hombres o por hombres a solicitud de hombres".⁵

De acuerdo a los planteamientos de Gagnon (1988), se trata de una relación indiscriminada independientemente de la forma de pago; un elemento importante, es que la prostitución no se circunscribe a la oferta (mujeres) y demanda (hombres), sin que puede darse a la inversa, o entre el mismo género masculino y femenino.

No obstante, en un sentido más restringido, Lourdes Romero y Ana Quintanilla (1976), al referirse a la prostitución indican:

"La prostitución femenina es una actividad por medio de la cual una mujer tiene relaciones sexuales comerciales con el hombre que la solicite. Es una transacción comercial en la cual la oferta está representada por la mujer, y la demanda lo está por el cliente que paga por la relación sexual"⁶

⁵ GAGNON, J. 1988. *Enciclopedia internacional de las Ciencias Sociales*. Vol. 9. E.U.A. Pág. 582.

⁶ ROMERO, L. Y Quintanilla, A. 1976. *Prostitución y Droga*. Editorial Trillas. México. Pág. 66.

Muy parecida es la opinión que sobre la prostitución presenta Blázquez (2000), quien indica.

“Usualmente la prostitución evoca la idea de aquellas mujeres que comercian sexualmente con el propio cuerpo a cambio de una remuneración, sea en dinero constante o en regalos, por parte del hombre al que sexualmente se entregan, vulgarmente llamado cliente”⁷

Como se puede ver, Blázquez (2000) concibe la prostitución como una actividad comercial cuyo producto principal es el cuerpo femenino ofrecido en el mercado, en donde la unidad de cambio es el dinero y el hombre el cliente que paga lo acordado por obtenerlo.

Queda claro, que independientemente del tipo de prostitución, esta "es sin duda la más sexista de las profesiones" (O.N.U. 1988). Para Miller (1992) "es un oficio penoso, en el cual la mujer es oprimida sexual y económicamente".

La prostitución implica entonces, una de las formas más elocuentes que tiene la sociedad patriarcal de visualizar a la mujer, la cual es considerada como objeto sexual y por tanto, queda sujeta a ser comercializada, debido a que se trata de un negocio que representa formas millonarias de enriquecimiento empresarial. Es así, como observamos que "la prostituta es víctima no solamente de la prostitución, sino de la aplicación discriminatoria de la ley y la discriminación económica" (ONU 1988).

Esta perspectiva de la prostitución, nos permite ver a la trabajadora del sexo,

⁷ BLÁZQUEZ, N. 2000. *La Prostitución: el amor humano en clave comercial*. Artes gráficas. España. Pág.1.

como una mujer victimizada por el problema, ya que debe convertirse en objeto sexual, sobre el cual muchos hombres liberan su ignorancia, para luego ser ellos mismos quienes la discriminan.

Se hace imperativo, entonces, conocer bien a fondo este **gran mundo** de las prostitutas para poder entender en toda su magnitud el fenómeno; y así, de una manera clara y realista poder hacer conjeturas sobre este grupo social.

1.1.2. Evolución histórica de la prostitución

La prostitución femenina ha sido llamada “el oficio más antiguo de la humanidad. Tanto así, que según las leyes de Salomón se castigaba el adulterio con la pena de muerte, pero no se consideraba delito el tener comercio sexual con aquellas que frecuentaban las casas de los que pagan; es decir las ramera”. Blázquez (2000).

Una de las formas más antiguas de prostitución estuvo muy ligada a la religión. En culturas como la de los egipcios y babilonios, se creía que las relaciones sexuales con una sacerdotisa procuraban una relación más estrecha con los dioses. En Babilonia, el culto a la diosa Astarté creó la prostitución sagrada, a la que se consagraron bellas sacerdotisas que ejercían su oficio para satisfacción sexual, sobre todo de extranjeros y peregrinos, para provecho de las arcas del templo. Se dice que en el viejo Egipto, uno de sus faraones decidió entregar a la prostitución a su propia hija a cambio de materiales de construcción para una pirámide de Giseh.

En Grecia, se encontraban las llamadas Hetairas, quienes eran prostitutas de clase alta, que vivían en lujosos residenciales y aunque no gozaban de derechos civiles, algunas

llegaron a gozar de muy alta consideración en la sociedad masculina. El orador ateniense Demóstenes decía: “Las Hetairas las tenemos para el placer, las concubinas para cuidar de nuestra persona y las esposas para formar familia y ser fieles guardianes de nuestras casas”. Romero y Quintanilla (1976).

En la Roma imperial, las prostitutas fueron tratadas con indulgencia y se les obligó a llevar ropa distintiva y a que se pintasen el cabello de rojo o rubio. Allí la prostituta era un ser inferior que llevaba una función despreciable; las leyes de la época sancionaban hasta a los clientes, quienes eran obligados a inscribir sus nombres en registros especiales donde quedaban para siempre.

Una vez que el pueblo romano extendió su poder imperial, sus costumbres se relajaron y un ambiente de lascivia llenó la ciudad, donde las prostitutas atendían a sus clientes en público. “Durante el siglo VIII a. C., se crearon los circos romanos, dando inicio también a una nueva era de intercambio sexual, imperaba el horror, se practicaban todo tipo de aberraciones sexuales; fue la época de la depravación sexual. Los emperadores romanos inclusive abrieron prostíbulos en sus palacios para sus amigos, clientes y esclavos. Nickie (1992).

En la época del Cristianismo, obviamente se dio una firme posición en contra de la prostitución; así encontramos en el Antiguo Testamento que a los padres judíos les estaba prohibido que permitieran a sus hijas convertirse en prostitutas (Levítico 19:29) y las hijas de Israel eran advertidas en contra de esta práctica (Deuteronomio 23:17).

Los antiguos escritores cristianos consideraban la prostitución como una

necesidad diabólica. Pero San Agustín creía que las malas acciones tales como la violación, resultarían si las prostitutas no proveían una salida a la lujuria humana.

En la era cristiana, Jesús también tuvo su opinión sobre las mujeres que ejercían la prostitución. Según Kristeva citada por Chacón (1992):

“Él les llama cortesanas y flautistas... que también limpian y aderezan para excitar la codicia de los hombres, mientras que por dentro están llenas de escorpiones y de todo tipo de maldad”⁸

En el siglo X d. C. se originó en Francia el feudalismo que pronto se extendió por el resto de Europa occidental y que reunía la aristocracia romana y los terratenientes bárbaros. Según, Nickie (1992), “en este periodo se hicieron las famosas seguidoras de campo, prostitutas que seguían a los soldados cristianos a las tierras santas. Una cruzada podía llevar hasta 300 prostitutas”.

Con el levantamiento de la sociedad burguesa en el siglo XIII, se les calificó a las prostitutas de clase inferior. En ese periodo, no tenían derecho a heredar cualquier propiedad privada y ningún sujeto era castigado por cometer una violación hacia ellas; se defiende la tesis, de que en caso de ser violadas, ellas se lo merecían, pues, además de ser mujeres públicas y promiscuas, su estatus era inferior al resto de los grupos humanos.

Durante el siglo XIV, en Alemania, Francia, e Inglaterra, las prostitutas vivían dentro del Prostíbulo y difícilmente se les permitía pasear por las calles; no tenían el

⁸ KRISTEVA, en: CHACÓN L. 1992. *La Mujer Prostituta: Cuerpo de suciedad, fomento de muerte*. Revista de Ciencias sociales. San José. Pág. 27.

derecho de rechazar a sus clientes y la regulación de su comportamiento y del Prostíbulo se encontraba a cargo de las autoridades de la localidad, debido a la ola de crímenes y enfermedades que prevalecían.

En la época de la Semana Santa, las prostitutas eran obligadas a salir de sus prostíbulos y forzadas a escuchar el sermón de la Santa Misa. A finales de la edad Media otras cicatrices moldean la historia de la prostitución. En nombre de esta intolerancia, se pusieron en marcha algunos rituales de purificación para ellas, tales como: la quema, el destierro/entierro (institucionalización) y la identificación del transmisor de enfermedad/maldad.

A raíz de lo anterior, muy pocas murieron en la hoguera, pero miles fueron desterradas ya que a la prostituta se le obligaba a habitar en los bajos y oscuros callejones del vicio, donde otras leyes eran las que imperaban. Por otro lado, el destierro no sólo se extendía hacia la periferia de la ciudad, sino que eran forzadas a emprender largos viajes. Como ritual de purificación, la lacra social era enviada a cruzar el océano y establecerse en el nuevo mundo que acaba de ser descubierto: América.

En el siglo XV, se da por primera vez en firme el secuestro de la prostitución; en forma generalizada y sistemática, cientos de mujeres fueron encerradas en casa de refugios. El secuestro (entierro) a prostitutas en instituciones de purificación para expurgar de su alma la suciedad y reconvertirlas en monjas, se inicia con lentitud en el siglo XIII. La orden de santa María Magdalena se estableció en numerosas ciudades de Europa. Según Garrido (1992), “la posibilidad de la prostituta de alcanzar la

purificación a través del matrimonio era muy escasa; incluso Graciano, canonista de la época, caracterizó al hombre que se casaba con una prostituta como idiota e irracional”.

En el mismo momento en que la prostituta se desterraba a otros espacios y distritos rojos, se le acusaba de ser culpable de la propagación de la sífilis. Paracelsus, (1550) famoso médico del siglo XVI, aseguraba que la sífilis provenía de una persona que sufría de lepra y una prostituta con enfermedad venérea. De la misma forma Brasavola (1551) relata que la génesis de la sífilis se dio en una prostituta con un absceso en el útero.

Cuatro siglos más tarde, ante el descubrimiento del VIH / SIDA (1981) se ha dado un reciclaje en la rueda de violencia dirigida hacia grupos o sujetos que transgreden la moral, como es el caso de homosexuales y prostitutas, quienes en mayor y menor grado son acusados de causantes de esta enfermedad catalogada como un castigo divino.

No obstante, a pesar de todos los esfuerzos para erradicar la institución de la prostitución, lo cierto es que la misma ha podido mantenerse por una multiplicidad de factores, y es que el negocio del sexo no ha puesto barrera a los estados civiles (soltero, casado, divorciado, viudo); se vende rápido sin involucrar compromiso emocional y ofrece la más diversa forma de experiencia sexual, aparte de ser un servicio abierto en el cual obtienen placer incluso aquellos a los que se les dificulta por algún motivo, disponer de una pareja sexual.

Tal como manifiesta Blázquez (2000), “hoy en consecuencia lo único que se

pretende es controlar las enfermedades venéreas y evitar la prostitución precoz y los actos de violencia o que puedan generar un escándalo público”.

1.3. Visión Histórica de la prostitución en Panamá

Históricamente hablando de cómo surge la prostitución en Panamá, nos encontramos con datos que se remontan al año 1882, año en el cual arriban las primeras prostitutas extranjeras durante la construcción del Canal Francés. Dichas extranjeras en su gran mayoría eran francesas y se ubicaban en los bares de Panamá y Colón.

Cuando los Estados Unidos asume la empresa de la construcción del Canal, ya la prostitución es catalogada como un mal social. Según, Wallace (1906):

“ A principio de 1905 es enviado a Panamá un representante del Y.M.C.A., para investigar las costumbres en el Istmo, reportando éste que las principales "fuerzas positivas del mal" eran: el juego practicado abiertamente en Panamá y Colón, la lotería autorizada en la República, numerosas salas de fiesta y cantinas que expendían licor de la peor calidad y altamente perjudicial, los deportes populares de corrida de toros y riñas de gallo, así como la prostitución. Según este funcionario, estas "recreaciones" eran tan malas, como se podría esperar en un país de relaciones libres, leyes elásticas, etc. Entre las fuerzas negativas apuntó: "la ausencia total de bibliotecas y salones de lectura, a excepción de la de los empleados del ferrocarril⁹ de Colón; ausencia de lugares respetables de entretenimiento, ningún terreno para juegos al aire libre... y ningún club para cultura mental, moral o física”.

Posteriormente, Poultney Bigelow (1978) incluyó en sus diatribas la siguiente

⁹ WALLACE 1906 En: GERSTLE, M. 1978. La Tierra Dividida. Segunda edición. Editorial Universitaria. Panamá. Pág. 535.

aseveración:

“El clero del Istmo protestaba ruidosamente, porque, las autoridades de los Estados Unidos habían importado a precio considerable varios cientos de mujeres de color. Las prostitutas no se necesitan en el Istmo, y en caso de que se necesitaran no se justifica que se importen a costa del contribuyente. No hay duda de que vendrán sin ayuda especial, siempre que Colón reclame un consuelo”¹⁰

En 1918 las prostitutas extranjeras se congregaron en la calle Pedro Obarrio entre las calles 17 y 20 oeste, del barrio del Chorrillo, y aunque no oficialmente, las autoridades aceptaron prácticamente la creación de lo que se denominó primeramente como Barrio Rojo y posteriormente como Barrio de Tolerancia.

Las mujeres que operaban en estos barrios eran europeas (francesas, alemanas y otras), que alquilaban para el oficio los cuartos a las familias adineradas de la ciudad, dueñas de casi todos los inmuebles ubicados en el área. Casi todas estas mujeres mantenían a sus chulos, quienes generalmente eran extranjeros y uno que otro panameño. Estas prostitutas operaban, esperando fuera de sus cuartos, sentadas hasta que el cliente pasara y escogiera a la de su gusto, sellando el negocio una vez entraban en la habitación. El paso por esta área estaba prohibido a menores de edad.

En 1920, un español antiguo socio de unas barracas construidas en 1916, se separó de sus compañeros e inauguró la primera casa de cita llamada Chico de la Moña, ubicada detrás de la plaza de toros de Vista Alegre. En este lugar la forma de ejercer la

¹⁰ BIGELOW 1906 En: GERSTLE M. 1978. *La Tierra Dividida*. Segunda edición. Editorial Universitaria. Panamá. Pág. 535.

prostitución no varió, se siguió el esquema de seleccionar a mujeres por predilección, para ser llevadas a la habitación a cumplir el negocio.

El Estado a fin de ejercer algún tipo de control sanitario, durante la administración de Don Rodolfo Chiari, creó el puesto municipal de Inspectores de Meretrices. Lamentablemente este puesto fue eliminado años después, ya que se dieron quejas de abusos de autoridad, por parte de quienes desempeñaban dichas funciones.

Posteriormente (1928), durante la presidencia de Don Florencio Arosemena, fue creada la Dirección de Higiene y Beneficencia en vías de lograr algunos controles de salud. Estos controles fueron más preventivos que curativos. En esos tiempos se trataban las enfermedades de transmisión sexual con lavados de Permanganato.

En la década del 30 proliferaron los Cabarets (Kelly, Happyland, Ritz, Villanova, Rialto, Gardel, Lido) en los que actuaron gran cantidad de artistas cubanas, mexicanas y argentinas quines después de su actuación alternaban con la clientela, compuesta casi en su totalidad por soldados norteamericanos. Además eran clientes asiduos a estos espectáculos los hombres más adinerados de la república.

En 1937 abre sus puertas la Gruta Azul y Villa Fénix, constituyéndose en los prostíbulos más conocidos de la ciudad; a partir de entonces se da la apertura de centros similares en las provincias de Chiriquí, Bocas del Toro, Veraguas, Herrera, y Los Santos.

En 1938 llegan a Panamá unos 10,000 soldados Norteamericanos, con lo cual se

da un incremento en la demanda de prostitutas. Los Hoteles Central e Internacional contaban con un espectáculo integrado en su totalidad por cubanas y mexicanas que, a la par de una gran cantidad de extranjeras que entraban al país con visa de turista, se dedicaban a ejercer la prostitución en estos mismos lugares.

En los años 30 la oficina de Sanidad funcionaba bajo la jurisdicción de las autoridades de la Zona del Canal, la cual exigía al Ministerio de Prevención Social la implantación de medidas sanitarias efectivas para proteger la salud de sus soldados. Cuando la oficina de sanidad detectaba una enfermedad de transmisión sexual en alguna de las prostitutas que trabajaban en una cantina o cabaret, este local era declarado fuera de uso para los soldados norteamericanos.

La década del 40 se constituyó en la época florida de la prostitución en Panamá; mujeres de todas partes llegaban al país atraídas por el dólar en manos de los soldados norteamericanos, que ávidos de placer, se lanzaban a las calles en busca de placeres que eran saciados por las trabajadoras del sexo, que fácilmente se encontraban en todas las esquinas. Pero no sólo los norteamericanos eran los protagonistas, en este inmenso mundo de la prostitución, desde entonces se han visto inmersos hombres desde los estratos más humildes hasta reconocidas figuras del arte, deporte y la política.

De la década del 60 al 90 siguió la proliferación de la prostitución en Panamá manifestándose de diferentes formas en clubes, burdeles, casas de citas, hoteles y hasta en las esquinas de la calle, aunque en menor intensidad.

En los albores del siglo XXI, la prostitución en Panamá va en aumento y es

practicada por muchas mujeres, de diferentes edades, niveles sociales y distintas nacionalidades, debido a la proliferación de sitios y medios que favorecen el uso y comercialización del sexo, sin tomar en cuenta los múltiples riesgos que existen.

1.3 Clasificación de la Prostitución en Panamá

1.3.1. Características

Según el estudio de Miller (1992), en Panamá, el ejercicio de la prostitución se reconoce basándose en tres tipos: "las de la calle, la del burdel y las Call Girls". La diferencia radica en que la del burdel y las Call Girls se localizan en un lugar estable y es un intermediario el que le paga, y la de la calle, es aparentemente quien maneja sus entradas económicas.

Cabe destacar, que en Panamá el problema de la prostitución involucra a mujeres de todas las clases sociales, y esto en parte se debe, a que la sociedad en conjunto tiene una visión estereotipada de la mujer como producto de la discriminación generalizada que hay de la población femenina.

El estudio realizado por el Instituto de Criminología de la Facultad de Derecho de la Universidad de Panamá, Selles (1992), nos da un marco de referencia, sobre algunas de las características de la prostitución adulta y de menores:

- La prostitución es una actividad en la que se suman mujeres desde muy corta edad.

- En el grupo investigado la edad inicial va de 11 a 15 años: en la población de menores, la edad promedio fue de 13 años 6 meses.
- Las edades promedio fluctuaron de 18-29 años.
- Un porcentaje significativo tuvo experiencias sexuales previas diferentes (relación con el novio o víctimas de violaciones e incesto).
- Más de la mitad de las jóvenes del grupo estudiado han quedado embarazadas antes de dedicarse a la prostitución.
- La mayoría posee un nivel de escolaridad incompleto, ya sea primaria o secundaria.
- El grupo expresó, que se inició en la actividad por razones económicas.
- Las prostitutas nacionales, realizan la prostitución en forma más desventajosa, puesto que captan al cliente en las vías públicas y luego cualquier cuartucho es utilizado para realizar el acto sexual.
- En el caso de las menores, su centro de operación es en la calle y otro porcentaje acude a hoteles y pensiones.
- Refieren que sus clientes son extranjeros, viejos y maduros, estos les pagan mejor y las tratan bien. En el caso de las menores prefieren los nacionales porque son conocidos.

Como se puede observar, según la descripción que realiza Selles (1992), el

problema, aparentemente empieza desde la niñez y, no sólo es un asunto de tipo económico, también involucra antecedentes de tipo sociales.

Según datos de la Contraloría General de la República (2001), en el centro de la ciudad de Panamá, existen aproximadamente 300 salas entre clubes, bares, cantinas, salas de masaje y discotecas, debidamente registrados (esta cifra excluye los clandestinos o camuflajeados), y alrededor de 836 centros de hospedajes (moteles, residenciales y pensiones).

Tales datos resultan de gran valor para este estudio, puesto que éstos son los lugares de trabajo o de acción de las prostitutas. Asimismo, llama la atención ver los anuncios de las casas de masajes en la Guía Telefónica y los periódicos, donde aparecen jóvenes semidesnudas y en posiciones provocativas, además de que el horario es de 24 horas o hasta altas horas de la madrugada, haciéndose alusión a que son lindas y con servicio domiciliar. También resulta interesante mencionar las combinaciones de categorías de los establecimientos, por ejemplo se dan: bares y pensiones, moteles y bares, entre otros.

Como medida de control, la Clínica de Higiene Social, de la Región Metropolitana de Salud, lleva adelante un programa permanente, a fin de prevenir enfermedades de transmisión sexual, en 9 centros de la región. Según un informe presentado por ITSSIDA, en el mes de julio de 2003 hasta esa fecha se atendieron 647 casos.

El mayor porcentaje de mujeres es atendido en los centros de Santa Ana (24%),

Emiliano Ponce (19%) y San Felipe (13%), explicándose esto, por la gran concentración de centros de acción (bares, cantinas, etc.) que se encuentran en estos puntos de la ciudad de Panamá.

CUADRO I. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA ATENCIÓN DE CLÍNICA DE HIGIENE SOCIAL SEGÚN CENTROS DE SALUD - REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. DICIEMBRE, 2003.

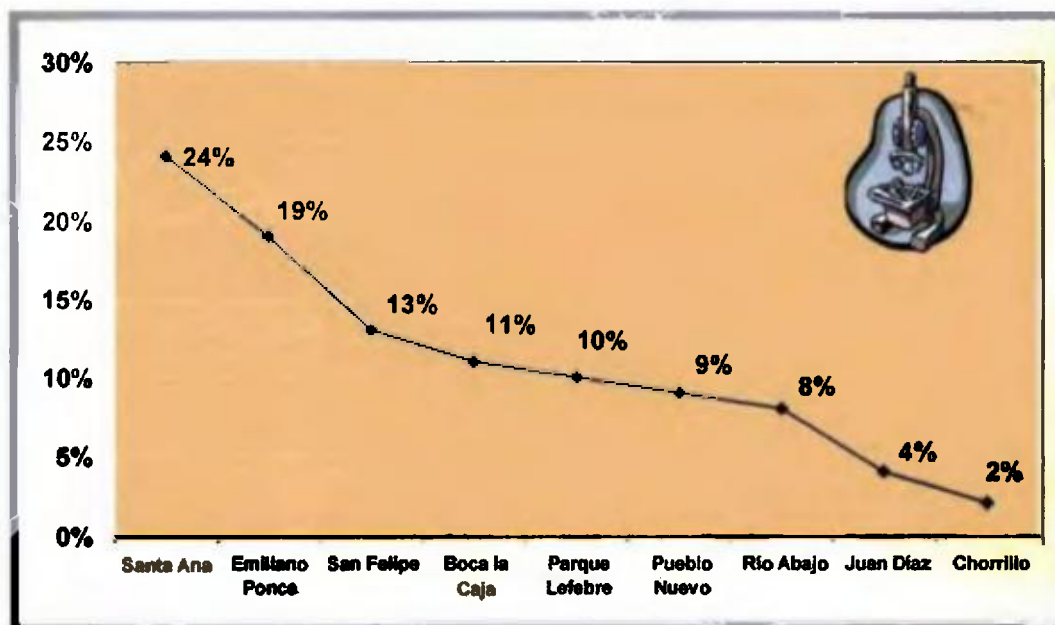
CENTROS DE SALUD	CASOS ATENDIDOS	%
TOTAL	647	100
Santa Ana	153	24
Emiliano Ponce	122	19
San Felipe	84	13
Boca la Caja	69	11
Parque Lefevre	65	10
Pueblo Nuevo	60	9
Río Abajo	54	8
Juan Díaz	29	4
Chorrillo	11	2

FUENTE: Departamento de Estadística. Región Metropolitana de Salud.

En el cuadro N° I también se puede observar, que el Centro de Salud de Boca La Caja, lugar donde se realiza esta investigación ocupa el quinto lugar de atención de casos, con un 11% del total. El lugar de menos incidencia de casos es el Centro de Salud del Corregimiento de El Chorrillo (2%) y en ese mismo orden el Centro de Salud de Juan Díaz (4%).

La distribución gráfica de estos datos se presenta a continuación:

Fig. 1. Representación Gráfica de la Distribución Porcentual de la Atención de las Clínicas de Higiene Social según Centros de Salud – Región Metropolitana de salud. Julio, 2003.



FUENTE: CUADRO I.

Otro detalle, digno de mencionar, es que según el informe de ITSSIDA (2003), las prostitutas panameñas ocupan el segundo lugar, 31.0% (200 mujeres), ocupando el primer lugar las colombianas (52.5%). Estas trabajadoras del sexo tienen su campo de acción en diversos centros, desde: casas de masajes, cantinas, boites, bares, jardines y discotecas, además de las que trabajan ambulantes. El mayor número, de las meretrices, labora en cantinas, bares, boites y salas de masajes, con diversas ocupaciones, dentro de las que figuran: alternadoras, masajistas, meseras y cajeras.

En este aspecto radica únicamente una fase del problema, pues como es bien conocido, este es bifásico, ya que no sabemos a ciencia cierta, cuáles son las

características de las que practican la prostitución, de manera clandestina en la Región Metropolitana.

1.3.2. Formas de ejercer la prostitución

1.3.2.1. Prostitución Callejera y Clandestina

Esta actividad se lleva a cabo por mujeres que ejercen el oficio en las calles, siendo este el punto de contacto con el cliente. A este tipo de prostitución se le reconoce fácilmente pues, por lo general, las mujeres se visten llamativamente con ropa que deja mucho al descubierto y maquillaje subido.

Dependiendo del área en que se opere, los clientes llegan en carro o a pie; en la ciudad capital se tiene plenamente identificados los sitios en los que encontramos este tipo de prostitución: calles I, J, K en el Corregimiento de Santa Ana, la avenida de Los Mártires y sus alrededores como lo son la entrada al antiguo Hospital Gorgas; el corregimiento de Bella Vista: Vía España, los alrededores de los Hoteles El Panamá, Continental, Granada y el Cangrejo.

Esta actividad también se da en los mercados públicos, en este caso el Mercado de San Felipe y el conocido Mercadito de Calidonia; en este mismo corregimiento, en los alrededores del Hotel Soloy y finalmente en el corregimiento de Pueblo Nuevo, y la Avenida Fernández de Córdoba.

Una vez se realiza el trato entre el cliente y la Prostituta, ambos se dirigen al

lugar en el cual se consumará el acto, para ello se dispone sobre todo en el caso de los clientes que acuden a pie, de las populares pensiones, en donde el costo del cuarto lo cubre el cliente; en los últimos años han proliferado también en diversos puntos de la ciudad los llamados residenciales, los que, lejos de cumplir con lo estipulado legalmente, de albergar personas en forma individual o familiarmente, en calidad de turistas internos o extranjeros, han entrado en polémica, ya que su principal negocio es acoger a pareja de ocasión.

En el caso de los clientes que tienen carro, los lugares escogidos suelen ser los moteles de ocasión o también llamados “ Push Buttons”, que operan en las afueras de la ciudad. Y cuando hablamos de la prostitución que se da alrededor de los hoteles, es en estos mismos lugares donde se perfecciona el negocio.

Con respecto a la tarifa, cuando se ofrece en la clandestinidad es en definitiva la prostituta quien la estipula, y aquí intervienen diversos factores: en qué lugar ejerce el oficio, el tipo de cliente que la solicite, la edad de la prostituta, el tipo de servicio(s) que pida el cliente, su belleza física y para algunos hasta el tipo étnico y la clase social.

Sin lugar a dudas, la prostitución clandestina es la que se da con mayor intensidad, en donde la mujer no necesariamente contacta a sus clientes en las calles, ya que dicho enlace pudo haber ocurrido en una fiesta, discoteca o cualquier otro evento social. Las estadísticas señalan que este oficio en nuestro país enlista una gran cantidad de extranjeras; sin embargo, es importante señalar que la prostitución en las calles registra un alto porcentaje de mujeres panameñas.

Marta Lamas (1996) identificó entre prostitutas callejeras, algunas ventajas que se derivan del oficio en las calles. Esto se resume con una sola palabra "libertad". Esta libertad tiene varias connotaciones: "tanto la libertad de escoger a los clientes, (la negociación en la calle les permite rechazar a quien les disgusta o les da mala impresión, así como una mayor libertad de trabajar los días que quieran". No obstante, claro está que el trabajo en la calle implica un mayor riesgo y enfrentamiento con las autoridades, por lo que las mujeres que han elegido estar allí desarrollan ciertas características de independencia y valentía, lo que nos permite agregar que uno de los rasgos que imperan en éstas es la agresividad.

Por otro lado, en lo que a salud y preservación de la vida se refiere, la mujer que practica la prostitución callejera tiene mayores probabilidades de ser contagiada con una o varias de las infecciones de transmisión sexual en existencia, y por ende, ser una agente transmisora de la misma, ya que las autoridades nacionales de salud han manifestado en diversas ocasiones que este tipo de prostitución, que sin lugar a dudas es el más vulnerable, es el que muestra mayor resistencia a someterse a las revisiones y tratamientos llevados en las clínicas de Higiene Social, en diversos Centros de Salud.

Además de esto, noche a noche se arriesga la vida de forma directa; en este caso no nos referimos a contraer una enfermedad de transmisión sexual que como el SIDA aniquila a la persona progresivamente, sino también el encuentro con la muerte a manos uno de los tantos clientes, en donde obviamente se pueden encontrar toda clase de patologías psíquicas.

1.3.2.2. Prostitución en bares y clubes nocturnos

Tradicionalmente en el sector de Santa Ana se han mantenido entre las calles 1, J y K una serie de clubes nocturnos, contándose entre los más antiguos El Ovalo y Acropol (Calle 16), cuya principal fuente de ingresos es generada por las mujeres que se dedican a la prostitución en cada uno de ellos. La clientela que suele asistir a estos bares, está conformada generalmente por hombres de estrato social bajo. Dadas las altas ganancias que representa este negocio, han proliferado en otras áreas y para un público de estratos medio y alto, bares como Le Palace y Elite, por mencionar algunos.

Los dueños de estos negocios mantienen una red de contactos dedicados a buscar en el exterior, principalmente en República Dominicana y Colombia, mujeres que acepten venir a Panamá con la promesa de fabulosas ganancias. El contacto viaja a dichos países con el fin de contratar mujeres que en su país de origen se dedican a la prostitución y se les vende tal concepto. También cabe mencionar, que aunque en menores proporciones, en la actualidad, a otras se les trae bajo las tácticas utilizadas por las redes de trata de blanca ofreciéndole trabajos en apariencia serios y respetables.

Al enfrentarse a la tan ansiada realidad, algunas quedan inmersas en el oficio y otras eligen la manera de ubicarse como domésticas, o bien casarse con un panameño, lo que les representa sustento y la posibilidad de legalizar su estatus; aunque se deben respetar los casos en los que el amor es realmente lo que impera.

Entre las acciones de presión que se utilizan, primeramente está la retención

de sus pasaportes, se les informa el estado de cuentas que representó su traslado a este país y se les exige cancelar la misma; luego se les instala en pensiones cuyos dueños son por lo general los mismos propietarios del local, cobrándosele el hospedaje diario. Inicialmente aquellas que no aceptan prostituirse se dedican a fichar, creyendo que así saldrán sus deudas; el fichar involucra alternar con los clientes y propiciar que éste consuma la mayor cantidad de bebidas alcohólicas que se pueda, pero son mínimas las entradas que obtienen; de allí que aceptan finalmente prostituirse. El cliente que quiere algo más que unos tragos paga en caja la tarifa estipulada que suele ir desde B/.10.00 hasta B/.120.00.

En estos lugares claro está, el sexo es el negocio y es así que mientras los parroquianos beben, se les presentan espectáculos de desnudos que propicien la atmósfera necesaria para ofrecer el servicio principal, que es la prostitución.

Las bailarinas, dado el carácter exhibicionista de su función, suelen ser más agraciadas físicamente que las clásicas alternadoras (Vg. prostitutas). Sin embargo, es de todos conocido que muchas de ellas también se prostituyen. Una de las innovaciones de estos espectáculos, es el hecho de que la bailarina escogida por el cliente, baile en la mesa de él o de los clientes que la eligieron por un costo mínimo de B/. 10.00. En el caso de clubes y bares del área de Santa Ana, el cliente que desea tener relaciones sexuales con una bailarina, deberá dejar en caja B/. 40.00, más el pago a la chica (que queda a criterio de ambos). Esto es a lo que las bailarinas llaman salida.

En los alrededores del Mercado Público y el Mercadito de Calidonia, también se

encuentran ubicadas una serie de cantinas que funcionan de la misma forma que los bares de las calles I, J, K; inclusive, muchas de ellas están conectadas con pensiones a través de pasillos internos.

John Gagnon (1968) nos dice respecto a la prostituta y sus métodos de aproximación, fijación del precio, manejo de la relación sexual y la despedida del cliente que, “para el cliente de clase baja, la cuestión del dinero es muy importante, la gama de actos sexuales es poco variada y el contenido de la charla es reducido”.

Por el contrario, en los contactos con hombres de la clase media, el precio queda fijado y ya no se vuelve hablar de él, (aunque el hombre pueda obtener una satisfacción psíquica como resultado del pago), los gustos sexuales pueden ser amplios y tiende a establecerse un tipo de conversación que trasciende para resolver todos estos problemas. Constituye una habilidad poco común, lo cual puede muy bien explicar los problemas de variabilidad con que se enfrentan las prostitutas que ingresan en el oficio a diversos niveles.

1.3.2.3. Prostitución en Prostibulos

Las mujeres reciben una paga determinada por cada cliente y el resto del dinero es para la casa. El sistema de contratación de estas mujeres es básicamente el mismo que se sigue en la prostitución de bares y clubes nocturnos, con la diferencia de que éstas viven en su lugar de trabajo, por lo que tienen que pagar por ello, así como por su alimentación. La atención de los clientes se realiza en sus propios cuartos.

A estos prostíbulos se les denomina casa de tolerancia o Kilombos, entre los cuales se pueden mencionar: La Gloria, La Gruta Azul, Costa Brava, y El Fénix a nivel de la ciudad capital.

Estas mujeres en su mayoría se alojan en el lugar y allí prevalecen las 24 horas del día. Su libertad y movilización esta prácticamente prohibida, cada una tiene un pequeño cuarto para vivir, por el que tienen que pagar quincenalmente. Cabe destacar, que para efectos de este estudio contamos con 10 chicas que laboran en este tipo de establecimiento, específicamente en el Bar y Pensión La Gloria.

De acuerdo a información suministrada por estas jóvenes mujeres, en una noche de baja clientela una alternadora puede atender entre 10 a 15 clientes, pero en las noches de quincena que asisten muchos clientes a veces les toca atender entre 35 a 40 hombres, uno tras otro. Cada hombre paga un promedio de B/.10.00 por cada 12 minutos de atención. De esto la alternadora recibe de acuerdo al centro donde labora entre el 40 y 60% del total que realiza en una noche. Hay un personal que controla la entrada, y otro que toca la puerta cuando se ha vencido el tiempo.

Es importante destacar, que esta clase de prostitución ha sido objeto de mucha controversia, no sólo en nuestro país, sino en el ámbito latinoamericano, debido a que se convirtió para muchos padres en una tradición, la llegada a la pubertad de su hijo y su primera experiencia sexual, para lo cual lo normal era recurrir a estos centros. La gran cantidad de menores que asistieron a estos lugares fue alarmante, pero a la misma vez tolerados; esta relajación por parte de las autoridades en todos los contextos llegó a

tanto que, hubieron quienes asistieron acompañados de sus amigos, también adolescentes, con quienes la presión de grupo fue muy efectiva.

Pero así como hubo un segmento de jóvenes para los cuales la situación fue realmente placentera y agradable, también se dio el caso de otros en el que la experiencia dejó huellas psíquicas, llegando a convertirse en origen de traumas en el área sexual.

No obstante, debemos aceptar que tales costumbres en nuestro país han ido en declive; si nos preguntamos el porqué, superficialmente podemos atribuirlo a la epidemia de los tiempos modernos: el SIDA. Más, si examinamos el asunto a fondo, entonces veremos como con el pasar del tiempo algunos cambios en las normas sociales, también han propiciado la disminución en la solicitud de servicios sexuales en los prostíbulos.

1.3.2.4. Las callgirls

Las **callgirls**, surgieron como otra modalidad de la prostitución en los años '70; En aquella época algunos las denominaban "secretarias a domicilio", dado que un buen porcentaje de éstas, llevaban un doble patrón de oficio y hasta moral, pues ejercían como secretarias en algunas entidades gubernamentales o empresas privadas de día y luego mimetizaban su condición al ejercer como prostitutas a domicilio en las noches.

Actualmente, las chicas que se agitan en este negocio provienen de las más variadas ocupaciones, existiendo aquellas que también se dedican exclusivamente a la práctica de esta modalidad. Es sin lugar a dudas en esta variante de la prostitución, en

donde se hace más difícil identificar a las mujeres que la ejercen así como a sus clientes, pues, una de sus características, es la de servicio con confidencialidad.

En este tipo de prostitución, generalmente la clientela está constituida por hombres de clase media en adelante, o de aquellos que no perteneciendo a dichas clases, sencillamente tienen el poder adquisitivo necesario para cubrir el costo de este servicio. En este grupo encontramos desde profesionales de todas las áreas, hasta funcionarios de cierta jerarquía; en fin, hombres que dada su condición social, entre esta, la familiar, buscan la seguridad que supuestamente da este tipo de servicio.

Hablando del radio de acción de este grupo, se ha identificado que algunas funcionaban en grupo, utilizando para ello un departamento en común, al cual asistían los clientes o las llamaban y en donde por lo regular se permiten seleccionar los mismos; en la actualidad operan en gran proporción amparadas por patronés que han llegado a organizar el negocio de tal manera que la publicidad se encuentre por todas partes.

Así los servicios a domicilios se encuentran en periódicos y prácticamente en todas las recepciones de hoteles de la ciudad, se dispone de sus números telefónicos. Una vez que el cliente hace contacto con la agencia, señala el tipo físico de chica que desea. Es importante mencionar, que este tipo de prostitución está íntimamente ligado a la prostitución en centros de estética (masajes) en donde lo primero que se vende al cliente es el masaje, cuyo costo promedio es de B/. 30.00, más el servicio sexual que suele ser el complemento, llegando en total hasta un mínimo B/. 85.00. Claro está, el precio depende del tipo de chica y de la agencia para la que trabaja, así como del tiempo.

Las Callgirls se caracterizan generalmente por ser chicas atractivas; algunos autores que han abordado el tema coinciden en que son chicas de clase media y si acaso tienen origen en un clase social más bajas, poseen cierto nivel educativo.

En algunos casos existe un lazo emocional entre ellas y sus clientes, que se expresa en solicitudes para que se le ayude en algunas dificultades económicas, o llanamente cuando se sienten solas, comprometiéndose en algunos casos, emocionalmente con el cliente. En estos casos, está claro que la prostituta no ha realizado una separación total entre su oficio y su vida personal. Gagnon, (1968) señala "el fracaso en lograr una separación del tipo señalado puede explicar también por qué las chicas callgirls manifiestan a menudo más profundos sentimientos de simpatía ante sus clientes en comparación a las prostitutas callejeras o de bar".

Otro aspecto de las chicas que se prostituyen de esta forma, es que el papel de la callgirl, frecuentemente se complica, debido a su posible origen de clase media, por lo que se considera que puede estar más comprometida con la ética del amor y ser más vulnerable a la desilusión

Panamá, por ser un país de tránsito para el comercio mundial, se ha constituido en los últimos años en sede de diversos congresos, convenciones y convivios en general, lo cual ha generado un auge en la industria hotelera, la que sin lugar a dudas se convierte en foco de acción para este tipo de prostitución, que es poco controlado por las autoridades.

1.3.2.5. Prostitución en Centros de Estética (Masajes)

Fue a partir de los años 80 y 90 que se dio el auge de este mimetizado negocio en nuestro país. Este tipo de prostitución cuenta con locales específicos, los cuales venden la imagen de ser negocios dedicados a mantener o procurar una adecuada condición física y hasta mental, proyectándose algunos como gimnasios con equipo para ejercicios y baños sauna, claro está, se incluye el servicio de masajes. Por las condiciones en las que operan, es relativamente fácil para las mujeres que practican esta variante mantenerse en el anonimato.

Las Casas de Masajes tienen gran acogida, el costo oscila entre los B/.10.00 hasta más de B/.100.00, si llegan a tener relaciones sexuales. En nuestro país hay aproximadamente 16 centros de masajes que se dedican a este negocio abiertamente. El presente estudio incluye a 10 mujeres que laboran en una Sala de Masaje en Vía Porras.

Las ganancias económicas del trabajo realizado por estas mujeres están en el sexo, pues es este servicio el que genera mayores ingresos. Las casas de masajes obligan a sus clientes a usar preservativos y muchas de estas jóvenes llegan a tener sexo hasta quince veces en un solo día, con hombres que en su mayoría tienen posiciones de gran responsabilidad como ejecutivos, profesionales y empresarios. También atienden viajeros o marinos, que están de paso en nuestro país.

Para algunas de estas mujeres, la prostitución no es una actividad exclusiva, ya que para un determinado grupo es una actividad complementaria a sus ocupaciones como amas de casa, estudiantes o trabajadoras en general, colaborando con el ingreso familiar

de esta manera.

En nuestro país se ha abordado con mucha polémica este oficio, y ello se debe a que sus inescrupulosos administradores no han tenido reparo en cuestión de edades, encontrándose la incursión de menores de edad en este ambiente. De allí que varios de dichos centros hayan sido cerrados. Sin embargo, las autoridades judiciales encargadas, en ocasiones, difícilmente cuentan con pruebas de que se ejerce la prostitución, puesto que encuentran a las chicas debidamente vestidas al momento de realizar los allanamientos al local y se aduce que esto es sencillamente un servicio de masaje.

El negocio en las denominadas salas de masajes también ha recibido el repudio de un grupo de profesionales como fisioterapeutas y quiroprácticos entre otros, ya que este tipo de masajes, por no proceder de una persona conocedora de esta especialidad, lejos de relajar o proporcionar beneficios, puede causar lesiones a quien lo recibe; esto aparte del menoscabo en perjuicio de quienes sí se dedican a esta actividad, profesionalmente.

No obstante, esta modalidad como todas las que distinguen la prostitución, lejos de desaparecer se incrementa, ya que para todos es común encontrar en los clasificados de diversos periódicos, el clásico: “se necesitan, chicas atractivas para masajes entre tal o cual edad”.

1.3.2.6. Otros Tipos de Prostitución

Hemos decidido no desplegar en detalles estas otras variantes de la prostitución,

dado que quienes la ejercen no cumplen con dos de los requisitos que posee nuestra población de interés: el sexo y la edad,

Nos referimos entonces a la prostitución masculina; en nuestro primer caso hablamos de la que tiene como finalidad las relaciones heterosexuales; esto es un hombre que tenga relaciones sexuales con mujeres en este sentido, bajo las reglas comerciales que conlleva la prostitución.

El otro tipo de prostitución, es el que ofrece servicio sexual destinado a otra persona del mismo sexo, es decir, la prostitución de homosexuales y aquí cabe señalar que no necesariamente somos exclusivistas con los homosexuales que adoptan el papel femenino (pasivo) y se visten con prendas femeninas, sino que incluye además a aquellos que vestidos como lo que son respecto a su género (hombres), adoptan el rol de homosexualidad activa dentro de la relación.

Finalmente es importante hacer mención de la prostitución de menores de edad, la cual se da en forma unisexual. En nuestro país, Corina Smith de Cardona Más (1992), realizó un estudio titulado "Algunas Características Socioeconómicas de 86 Meretrices Menores de Edad en la República de Panamá", el cual arrojó importantes conclusiones, apoyando el hecho de que la mayor parte de mujeres adultas que ejercen la prostitución, se han iniciado desde muy jóvenes (antes de la mayoría de edad).

1.4. Aspecto Legal de la Prostitución

En materia legal, lo que concierne a la prostitución en nuestro país presenta una realidad ambigua, ya que la prostitución no se encuentra tipificada como delito dentro del Código Penal, es decir, no existe nada reglamentado a este respecto en dicho documento.

A escala mundial existen tres sistemas en lo que respecta al tema legal y la prostitución:

a). **El Sistema Reglamentarista:** según el cual se permite el ejercicio de la prostitución en burdeles o fuera de ellos y se busca fichar a las mujeres para el control sanitario de carácter obligatorio.

b). **Sistema Prohibicionista:** es aquel sistema que asumen los países en donde se prohíbe la prostitución, castigándola por ende.

c). **Sistema Abolicionista:** los países que asumen este sistema prohíben el comercio sexual, sin embargo, no las consideran delincuentes y buscan erradicar esta actividad.

Panamá se ubica dentro del Sistema Reglamentarista, al imponer en el Código Sanitario desde 1930 (Ley 52), el delito de contagio venéreo culposo o doloso, estableciendo que el que exponga a otros al peligro de contagio venéreo, por

negligencia o conscientemente, será sancionado con pena de multa de B/.200.00 y B/. 500.00 y prisión de cuatro meses y un año respectivamente, buscando así la seguridad colectiva en lo que se refiere al contagio y propagación de infecciones de transmisión sexual (gonorrea, sífilis). El SIDA fue incorporado mediante Decreto 346 del 4 de Septiembre de 1987.

El 20 de Mayo de 1947 se emitió el Decreto 149, en el que se prohibía de manera absoluta el ejercicio de la prostitución dentro del perímetro de ciudades, poblaciones y en los lugares donde no se prohibiese, debería estar bajo inspección y reglamentación de las autoridades sanitarias. En el mismo se les imponían sanciones a quienes no cumpliesen con esta disposición y se prohibía la presencia de mujeres que fuesen meretrices, o que hubiesen sido penadas por el ejercicio de la prostitución clandestina o portaran enfermedades de transmisión sexual.

Obviamente, encontramos tolerancia gubernamental con respecto a esta conducta y él por qué de ello tiene su explicación en los beneficios económicos que representan para algunas entidades del gobierno, ya que se regula el oficio mediante la expedición de cartillas de salud, carnet de identificación, permisos de trabajo extranjeros y visas. Tales trámites generan ingresos para instituciones como: Ministerio de Trabajo y Bienestar Social, Ministerio de Salud, Alcaldías, Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección General de Migración y Consulados de la República, entre otros.

Se ha dispuesto entonces, que para ejercer este oficio, en nuestro sistema reglamentarista, se debe portar con documentos que lo acrediten y someterse a los

controles médicos necesarios, los que son llevados a través de las Clínicas de Higiene Social en los diversos Centros de Salud.

No obstante, debemos señalar, que el machismo jurídico en la legislación panameña y la discriminación contra las mujeres es evidente, debido a la manera como presentan el problema de la prostitución en los diferentes Códigos (Código Penal, Civil y Administrativo), los cuales presentan contradicciones entre la regulación en el ejercicio de una acción por un lado y la aparente preocupación para evitar el aumento de la inmoralidad pública por otro.

Así por ejemplo, en el Código Administrativo, el Estado reprime la prostitución clandestina, pero no la legal, ya que tácitamente está aprobada mediante el cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley como son: el pago del impuesto, la entrega del carnet y el control sanitario. Todas estas medidas públicas son para proteger a la población. Sin embargo, podemos notar que no existe ninguna ley que proteja a las prostitutas a pesar de que pagan impuestos y contribuyen a aumentar el Tesoro Nacional.

Las leyes sólo prohíben la prostitución clandestina. No sólo se acepta y se reglamenta la prostitución de las nacionales, sino que se permite la entrada al país de un número plural de extranjeras con el consentimiento del gobierno, quien sólo se limita a implementar medidas para la protección de la sociedad, puesto que se les exige a las prostitutas portar carnet etc., para evitar la propagación de infecciones de transmisión sexual.

Es necesario enfatizar, que el problema no sólo es la prostitución legalizada, sino también la prostitución clandestina, ya que ambas formas se han convertido en un problema social en nuestro país. Por lo tanto, las autoridades son responsables por redoblar las medidas para minimizar esta situación.

Se debe reconocer que la corregidurías realizan con frecuencia operativos de profilaxis social con regularidad en horas de la noche para detectar en la calle indocumentadas que están ejerciendo la prostitución en zonas rojas, como el mercado público, la avenida 4 de Julio, Vía España, etc.. Las extranjeras indocumentadas son retenidas y llevadas a la Dirección de Emigración para los trámites correspondientes, pero el problema persiste. Más aún, muy pocas veces las prostitutas legalizadas se encuentran en éstas zonas.

Finalmente se puede decir, que después de los operativos las prostitutas dejan de frecuentar los lugares por algunos días. Sin embargo, poco después regresan y se repite lo mismo sin que las autoridades puedan adoptar medidas enérgicas para erradicar el flagelo, precisamente por no contar con planes para controlar y perseguir a los promotores de la prostitución.

1.4. Enfoque Psicológico de la Prostitución

1.5.1. Factores que intervienen en la prostitución

La mujer que ejerce la prostitución presenta unas características o condiciones de vida, que no radican únicamente en la falta de valores morales, sino que son muchos

otros los elementos que influyen y que van desde lo económico, la falta de cariño maternal, la falta de comunicación entre padres e hijos o el maltrato intrafamiliar; también están presentes las adiciones, que las llevan en un momento dado a ver como única salida en sus vidas, el ejercicio de la prostitución.

Según Garrido (1992), “la mujer no nace Prostituta, se hace Prostituta”. Es decir, entran en juego los elementos antes expresados y patrones de conducta durante el proceso de socialización en el hogar. Las dinámicas de interrelación se encuentran disociadas y afectan su relación con la comunidad.

Por tal razón, para entender el problema de la prostitución, se deben tener en cuenta las diferentes etapas de la socialización por las que ha pasado la mujer, los ambientes que han influido en sus condiciones de vida, para finalmente convertirse en causas potenciales que conllevan el caer en el ejercicio de la prostitución.

Como es evidente, existen algunos factores de riesgo antes de ejercer la prostitución; entre estos están los trastornos mentales y psicológicos presentes en los padres, los trastornos mentales y psicológicos presentes en las mujeres, desintegración familiar, embarazo y aborto en las mujeres, el desempleo, maltrato intrafamiliar, seducción y corrupción y baja autoestima, entre otros. Entre los factores de riesgo después de ejercer la prostitución, está el contagio de enfermedades, uso de drogas y alcohol, robo y asalto, maltrato sexual, alteración de principios y valores y el aborto.

Dentro del tema de la prostitución existen 3 elementos que se combinan:

- El tráfico.
- La promiscuidad.
- La indiferencia emocional.

Esta apreciación de la prostitución conjuga con acierto estos tres elementos, hoy aceptados por la literatura criminológica, como integrante del concepto prostitución. El tráfico es sin duda alguna un elemento constitutivo de esta clase de comercio. Mientras que la promiscuidad y la indiferencia emocional son elementos integrantes de la Psicología de la prostitución.

La desintegración familiar también juega un papel importante en la prostitución. Se ha señalado, según datos estadísticos, que existe un porcentaje significativo de prostitutas, que proceden de un hogar desorganizado. La desintegración de la familia, sobre todo la pérdida del vínculo con la figura materna, parece ser la causa del abandono de hogar.

Según Selles (1992), en la familia desorganizada "no existe la comunicación necesaria para conocer las expectativas y sentimientos de los demás, agravándose la unidad familiar existente". Esto hace que las jóvenes busquen un escape en la calle, donde fácilmente puede ser inducidas al mundo de la prostitución.

La Fundación Solidaridad Democrática (1998) por su parte indica que la desorganización familiar, en la mayoría de los casos, la desintegración del hogar, por lo que muchas mujeres buscan el camino de la prostitución, ya que ante la falta de un grupo primario en el que apoyarse tienen que empezar a ganarse la vida por si misma, y en el caso de las jóvenes, la prostitución se presenta como una de las salidas más fáciles y

frecuentes.

1.5.2. Psicología de la prostitución

EL MUNDO DE LA PROSTITUTA

La cultura de la prostitución, como todas las culturas, está compuesta por una serie de otros "yo" significativos que reclaman el tiempo, la energía y el afecto de la prostituta. La entrada en este mundo exige a la prostituta que efectúe abundantes modificaciones en los mecanismos mediante los cuales ella define a los demás. Estas nuevas definiciones invalidan irremediamente muchas de sus antiguas y más tradicionales definiciones. Pero las viejas definiciones pueden todavía ejercer una influencia latente en la prostituta, y hacer que quede enredada por ellas, de una u otra manera, precisamente cuando más metida está en su nueva experiencia.

El mundo de la prostituta se halla compuesto por otras prostitutas, por clientes, alcahuetas y terceros; En algunos casos, por proxenetas, y en otros, por amantes lesbianas, y finalmente por policías y otros agentes del orden. Las relaciones con otras prostitutas son enormemente complejas, per parecen llevar consigo en todas las circunstancias un nivel no despreciable de antipatía y explotación mutuas. El contenido de las conversaciones suele limitarse a la vida profesional, ya que la exteriorización de la personalidad a otros niveles invita a la explotación, dada la creciente vulnerabilidad social de la prostituta. De todas maneras, el hecho de que comparta un tipo especial de alienación y el distanciamiento social de la sociedad convencional en que se encuentra fuerzan a la

prostituta a relacionarse más con las restantes prostitutas, ya que no hay otras personas con las que pueda compartir la casi totalidad de su experiencia diaria. Neves, (1984)

Las relaciones con los clientes son igualmente difíciles. Se manejan con mucho mayor facilidad cuanto menos se asemejan al tipo de relaciones normales, cuanto menos características poseen de este tipo de relaciones. Así, la muchacha del burdel, que vive en un mundo hecho de otras prostitutas y que sirve a una clientela de clase baja, es menos propensa a crear lazos con los clientes y los ve muy fácilmente como una serie de objetos reemplazables. La *call girl* (cuyo teléfono conocen clientes escogidos), por el contrario, debido a que ha de aparecer en público con sus clientes de manera que aparente ser absolutamente normal, corre el riesgo de comprometerse emocionalmente con ellos.

Este lazo emocional se expresa en solicitudes para que paguen los honorarios de abogados, las fianzas o, en general, para que les ayuden cuando tienen problemas lo que da como resultado típico un intenso odio cuando no lo hacen. En tales casos, y debido a que subsiste aún un residuo de la antigua relación, está claro que la prostituta no ha realizado una separación total entre su vida profesional y su vida personal. El fracaso en lograr una separación del tipo señalado puede explicar también por qué las *call girls* manifiestan a menudo más profundos sentimientos de antipatía ante sus clientes que las prostitutas callejeras o de bar. La dificultad del papel de la *call girl* se complica aquí con su posible origen de clase media, por lo que puede estar más comprometida con la ética del amor y ser más vulnerable a la desilusión. Neves, (1984)

La imagen convencional de la primera experiencia en la prostitución ha sido comúnmente la de la inocencia engañada o, a juzgar por las biografías de numerosas prostitutas, una experiencia gravemente traumática. Sin embargo, para la mayor parte de las mujeres que llegan a la prostitución desde una base previa de promiscuidad prematrimonial, la transición no es traumática, y para algunas, incluso, puede constituir el comienzo de un tipo de vida mucho más cómodo y sujeto a menos presiones.

En realidad, incluso en el siglo XIX las condiciones de trabajo de las prostitutas inglesas aparecían ante algunos observadores como menos dañinas físicamente que el trabajo en las fábricas o el agotamiento producido por los continuos embarazos. Los efectos dañinos de la prostitución son mucho menos obvios: dependen de la penetración cada vez más profunda en el mundo de la prostitución, unida a la disminución de las relaciones y el trauma específico producido por la entrada en el mundo de la prostitución, este aparece más a menudo en las mujeres, sobre todo en las mujeres de clase media, que no han experimentado un condicionamiento previo a través de contactos sexuales múltiples con una diversidad de hombres.

Con el declinar del burdel, o casa de prostitución, la experiencia del aprendizaje de la prostitución depende actualmente de las relaciones bilaterales entre la aprendiz y una prostituta con mayor experiencia o un hombre que hace las veces de protector. La experiencia del aprendizaje entraña más cosas que la mera cuestión de acostumbrarse al intercambio del dinero por el coito, aunque este es el dilema central, esencial, de la

prostituta. Supone también los métodos de aproximación a los hombres, la fijación del precio y su cobro, el manejo de la relación sexual y la despedida del cliente.

Cada una de estas tareas requiere hacer explícito aquello que estaba implícito en todos los contactos sexuales anteriores, ya que, por numerosos que hayan sido, siempre existió la posibilidad de considerarlos como parte de una estructura de relaciones sexuales de tipo convencional. Una vez que se ha hecho explícita la aceptación del dinero, es obvio que la mujer ha abandonado la excusa misma de una posible relación emocional con el hombre.

La situación ya no es la del noviazgo o el encuentro ocasional, sino que está limitada al cambio específico de la relación sexual por dinero. Esto significa que incluso si la prostituta no ha rechazado anteriormente a nadie, su ausencia actual de discriminación se convierte en algo público.

Durante este periodo de aprendizaje deberá asimilar una jerga especializada en relación no solo con el comportamiento sexual, sino también con los nombres que dará a quienes le rodean: clientes, alcahuetes, policías y las otras prostitutas. La jerga está cargada de valores y obliga por sí misma a la neófita a hacer suyos ciertos patrones de acción y de pensamiento.

La más compleja de estas tareas, no obstante, consiste en aprender a hablar acerca de actos y preferencias sexuales que, aunque hayan surgido anteriormente, se han llevado a cabo en un contexto no verbal, sino basado en gestos, y en aprender luego a enlazar este nuevo lenguaje con la fijación del precio del acto concreto que se le pide. El problema es que mientras la relación entre el dinero y la sexualidad es lo que hace posible el acto, la parte económica del acto no debe intervenir en la naturaleza de la parte sexual.

La estructura de la conversación, una vez aprendida, se hace muy ritualizada y predecible, aunque varía según el nivel social de unos y otros clientes y según las distintas situaciones de la prostitución. Así, para el cliente de clase baja, la cuestión del dinero es muy importante, la gama de actos sexuales es poco variada y el contenido de la charla sexual es reducido. Por el contrario, en los contactos con hombres de la clase media, el precio queda fijado y ya no se vuelve a hablar de él (aunque el hombre pueda obtener una satisfacción psíquica como resultado del pago), los gustos sexuales pueden ser amplios y tiende a establecerse un tipo de conversación que trasciende el carácter inmediatamente sexual de la relación. La capacidad para resolver todos estos problemas constituye una habilidad poco común, lo cual puede muy bien explicar los problemas de variabilidad con que se enfrentan las prostitutas que ingresan en la profesión a diversos niveles.

La entrada en la "vida" exige, pues, asimilar una nueva concepción de la propia persona, una nueva forma de relacionarse con el hombre y una nueva manera de hablar

acerca de sí misma, así como aprender a enfrentarse con un mundo poblado de personas muy peculiares. Al mismo tiempo, hay una disminución de la frecuencia de la interacción con seres convencionales (excepto aquellos hombres que asumen el nuevo papel de clientes) y, subsiguientemente, una capacidad cada vez menor de retornar al mundo tradicional.

La vida de la prostitución, al igual que sucede con otros tipos de desviación, compromete a una persona desde los niveles más profundos de la experiencia humana, y a lo largo de este proceso crea entre las prostitutas semejanzas mucho mayores de las que cabría esperar partiendo de un tipo determinado de características etiológicas.

Debido a las múltiples formas de prostitución existentes, cada caso debe ser estudiado en particular. Pero se pueden destacar algunas constantes psicológicas válidas para la mayoría de las mujeres que ejercen la prostitución.

De acuerdo con Blázquez (2000), la prostituta es indiferente y perezosa. Una vez metida en ese mundo, no concibe la posibilidad efectiva de emprender otro género de vida. Su inestabilidad de carácter es a veces exasperante. En un número elevado de casos su capacidad intelectual promete poco o nada, incluso entre las prostitutas con cierto nivel de estudio, que inclusive en muchos casos alternan la prostitución con otras actividades profesionales.

Otros estudios han destacado, Goijman (1980) que con el tiempo su psiquismo

se deteriora rápidamente. La invasión de los instintos vegetativos y de las bajas pasiones es tal que las facultades superiores terminan complicándose. Según Goijman (1980), confunden lo verdadero con lo falso, lo malo con lo bueno, lo bello con lo monstruoso. Externamente, se presentan con una llamativa pseudo identidad personal capaz de confundir al más seguro de sí mismo.

Asimismo, muchas veces su única satisfacción humana consiste en la capacidad de fascinar y seducir al hombre que tropieza con ellas hasta dejarlo sin dinero. Sin embargo, todo su placer radica en esa adquisición efectiva de una remuneración económica, la cual es confiscada por el dueño del establecimiento en que trabaja, o malgasta en caprichos absurdos y diversiones desenfrenadas.

Las prostitutas también se caracterizan por ser pesimistas, fatalistas, supersticiosas y vivir de mitos novelescos alimentados por una gran imaginación. Habitadas a ser explotadas por los hombres, tienen a flor de piel los mecanismos de defensa más pintorescos y desconcertantes, tales como negación, compensación, disociación, racionalización, sublimación, entre otros. Goijman, (1980)

Sin embargo, también hay prostitutas muy sensibles a la maternidad y a la inocencia de los niños. Por principio no son abortistas. Abortan por propia voluntad en menor proporción que las mujeres libres y la mayoría de los abortos son el resultado natural de una predisposición física y de la violencia brutal a que son sometidas. Blázquez (2000).

Asimismo, las hay muy sensibles al cariño desinteresado y a los pequeños detalles

de aprecio, a lo que corresponden a su modo con profundo agradecimiento. Por otra parte, su diario vivir les hace conocer bastante a fondo las miserias y debilidades de los hombres que se acercan a ellas. Por tal razón, su juicio sobre ellos suele ser bastante certero, sobre todo en el ámbito de la prostitución elegante normalmente aceptada por la sociedad.

1.5.3. La Psicopatología en Prostitutas.

Se pueden concebir todos los tipos de desviación de la normalidad al menos como parcialmente causantes del desarrollo de una psicopatología importante. Una de las principales funciones de la cultura de la prostitución es minimizar este potencial proporcionando un sistema de otros "yo" significativos que hacen el papel de la comunidad y la cultura.

Según Goijman, (1980) aunque se conocen bastantes pruebas de la existencia de una psicopatología entre las prostitutas, esta queda probablemente reducida gracias a la existencia de la cultura de la prostitución. Al mismo tiempo, la existencia de esta cultura significa que se produce una reducción en la capacidad de la prostitución para retornar a la sociedad normal.

El potencial principal de formación de la patología se encuentra en la amalgama de sexualidad y dinero a su nivel más explícito, lo que se complica con la naturaleza de

los métodos de control que la sociedad invoca. Debe aclararse que dicha patología, tal y como de hecho existe, se halla distribuida de manera desigual, y probablemente se da con mayor frecuencia entre las mujeres de clase media que ingresan en la profesión que entre aquellas que llegan a ella desde otro tipo de origen social. Neves, (1984)

Una de las figuras destacadas en el mundo de la prostituta y que tiene una gran importancia es la del rufián o chulo. Según Jean-Gabriel Mancini, (1990) abogado en el tribunal de apelación de París, el chulo es el verdadero responsable de la prostitución. Por lo general, es él quien, habiendo seducido a la muchacha, la obliga a prostituirse y a entregarle la mayor parte de sus ganancias. Según los especialistas, el 80 % de las prostitutas tienen un rufián.

Este se caracteriza por rechazar toda ocupación habitual y por el uso de la violencia con respecto a la prostituta, para obligarla a una rentabilidad máxima. A veces un hijo natural que la chica trata de criar sirve de medio de chantaje a su rufián: si ella no aporta suficiente dinero, le quitará el hijo. Sin embargo, no está ausente la afectividad en la pareja que forman la prostituta con su rufián: <<lo que se hace por `trabajar' no puede llenar el corazón, me comentaba una de las pacientes, ¿por qué no habríamos de tener también nosotras un marido como las demás mujeres? También yo tengo necesidad de amar>>.

Los clientes de las prostitutas las utilizan por diversas razones. Las motivaciones de muchos hombres, especialmente aquellos de las clases bajas, son a menudo simplemente

de desahogo sexual o de deseo de experimentar un contacto sexual nuevo, a través de una nueva mujer o de un método tabú (normalmente, el contacto buco-genital). Sin embargo, para muchos otros hombres, normalmente de la clase media, con el contacto con las prostitutas suele ser un hecho más complejo y está rodeado de una mayor ambivalencia.

Naturalmente, existen las motivaciones de novedad de la pareja y de la técnica sexual, pero parece que la falta de responsabilidad futura por las consecuencias del contacto sexual constituye también un factor importante. Como quiera que muchas de las barreras institucionalizadas puestas a la actividad sexual están relacionadas con el mantenimiento de la familia y el aseguramiento de su porvenir, el contacto con una prostituta es importante para muchos hombres, ya que les permite un desahogo sexual sin que su comportamiento se vea controlado. La culpabilidad que sigue a la violación de las normas brinda generalmente mayor profundidad e intensidad al carácter erótico de la relación, como también lo hace la situación degradada de la prostituta, que ofrece unas relaciones sexuales sin que haya que ofrecer a cambio cariño y sustento.

Además la prostituta proporciona un contacto sexual que no requiere del hombre la tradicional inversión de tiempo y esfuerzos necesarios para llegar a coito, y lo deja libre para otras ocupaciones.

Depresión y Prostitución

Una de las formas en que se manifiesta la depresión es por la poca capacidad de obtener placer en las actividades que se realizan. Asimismo, por sentimientos de tristeza, rechazo, indignación y desesperanza. Y muchos de estos síntomas son frecuentes en la vida de una prostituta.

Según Rosa Sánchez, la vida alegre de las prostitutas no es lo que aparenta ser; específicamente dice:

“Lejos de ser alegre su vida es sumamente desgraciada y miserable al tener que atender a todos los clientes que le llegan sin derecho a reclamar nada. Las vidas de esas mujeres es sumamente deprimentes, todos los días son trabajos y a cualquier hora; casi no salen y la mayoría no tiene días de descanso”¹¹

Existen trabajos peligrosos para la salud, y el ejercicio de la prostitución es uno de ellos, no sólo por el riesgo de contagio de enfermedades, sino por la devastación psíquica que conlleva. "El 95% de las mujeres que se dedican a la prostitución presentan secuelas psíquicas irreversibles", afirma Lara Padilla (2001), portavoz de la Plataforma de Organizaciones de Mujeres por la Abolición de la Prostitución.

La referida organización que se basa en un modelo abolicionista sueco, está apoyado por más de 70 organizaciones en toda España y Europa, que ejercen fuerte presión contra la regulación de la prostitución. De acuerdo a la presidenta de la

¹¹ SÁNCHEZ, R. 1986. *La Prostitución y Reglamentación en la República de Panamá*. Tesis. Facultad de Derecho. Universidad de Panamá. Pág. 54.

Plataforma Consuelo Abril (2001), "regular el comercio sexual sólo beneficiaría a los proxenetas y sería lo mismo que legitimar la violencia contra las mujeres".

Otros estudios han demostrado que el 68% de las prostitutas sufren síndrome de estrés postraumático y depresión clínicamente significativa. Padilla (2001).

Aunque el debate sobre los riesgos de salud de las prostitutas ha estado siempre focalizado hacia las enfermedades de transmisión sexual, las nuevas investigaciones demuestran que más del 50% de las mujeres que venden sexo padecen depresión. La doctora Melissa Farley (2002), psicóloga e investigadora del Kaiser Foundation Research Institute (California) así lo ha demostrado en una investigación que fue presentada en el último congreso de la Asociación Americana de Psicología, celebrado a finales de agosto del 2002. Su estudio añade más datos a una serie de investigaciones previas, cuyos resultados constatan la elevada incidencia de trastornos psíquicos entre las prostitutas.

En el nuevo trabajo, realizado con 130 mujeres prostitutas con edades comprendidas entre los 14 y los 61 años de los estados de San Francisco (EEUU) y de otras seis ciudades de Europa, Asia y África, el equipo que lidera la doctora Farley encontró que "dos tercios de estas féminas padecían un trastorno depresivo". Farley, (2002)

Asimismo, de acuerdo a un informe aparecido en el diario The New York Times a principios del año 2003, la doctora Farley (2003), hacia énfasis en que un 68%, de las prostitutas cumple con los criterios necesarios para ser diagnosticada con una Depresión clínicamente significativa.

La extremada violencia a la que han sido y son sometidas las mujeres que ejercen la prostitución, se perfila como la causa principal de la incidencia de este trastorno: “un 82% había sido agredida durante el ejercicio de su profesión; el 88% sufrió amenazas físicas, y hasta un 68% había sido violada. Al miedo diario al que se enfrentan las mujeres que viven del sexo, debido a los malos tratos y vejaciones que pueden sufrir, se suman los fantasmas del pasado: un 57% de las participantes reconoció haber sufrido abusos sexuales durante la infancia”. Farley (2003).

De acuerdo a la misma fuente, Farley (2003), “otras investigaciones dan un porcentaje más alto de mujeres con antecedentes de abuso sexual, pero en el estudio algunas de las participantes reconocieron que no querían pensar en su pasado cuando respondieron al cuestionario sobre su infancia”. Según éstas, “el abuso de drogas, el alcohol, así como algún problema de salud física, constituyen los otros enemigos a que deben enfrentarse las prostitutas, cuyas cifras de mortalidad son 40 veces más elevadas que las de la población en general”.

De lo antes expuesto se deduce claramente, que la prostitución está íntimamente ligada a la depresión, y esto se debe precisamente, a la vida agitada, de desasosiego, de peligros e incertidumbre a que se ven sometidas a diario miles de prostitutas, en este inmoral oficio, en el cual como servidoras del placer, prácticamente no tienen vida propia.

1.5.4. La rehabilitación

De acuerdo a Phillipton (1968), “la rehabilitación involucra todo un proceso que tiende a restituir a la persona a su antiguo estado; en el caso de la prostituta su fin es sacarla del vicio y devolverla a la sociedad en condiciones psíquicas normales”.

Aunque existe esta percepción negativa de las prostitutas, estas cada vez más reclaman sus derechos como mujeres. Sería un grave error interpretar sus gritos de protesta como una apología de la prostitución, aunque en sus reivindicaciones hay incoherencias y contradicciones, por ejemplo, cuando piden que las leyes que regulan la actividad sean más flexibles a su favor. “Pero lo que realmente reclaman es la posibilidad de reinserción en la sociedad como mujeres liberadas de la esclavitud en que viven postradas por la prostitución”. Blázquez, (2000)

Por otra parte, es insuficiente la consideración de la rehabilitación desde el punto de vista exclusivamente psicológico. Se correría el riesgo de aplicar a la prostitución un concepto pernicioso de libertad o, por el contrario, de incurrir en una actitud injustamente tolerante o represiva. Pero entonces ya no tendría sentido hablar de rehabilitación y csas

mujeres quedarían condenadas inexorablemente a la condición de prostitutas, lo que significaría la negación misma de sus derechos fundamentales como personas humanas menesterosas.

Por tal razón, es imperante la necesidad de sensibilizar a la gente sobre el drama humano de las mujeres enganchadas en la prostitución, superando los tópicos clásicos y dejando a un lado todo tipo de ideologización y manipulación informativa del problema. Se debe tener en cuenta, que toda mujer sexualmente explotada espera cariño y comprensión. Es decir, una estima sincera de su persona evitando juicios recriminatorios sobre su conducta. Nadie como ellas, conoce los límites entre la debilidad humana y la perversión moral, por lo que confundir ambas cosas o pretender justificarlas mediante procesos teorizantes, es la mejor manera de perder el tiempo intentando rehabilitar a las mujeres de la vida. Blázquez, (2000)

Con vistas a la represión de prostitutas, cabría objetar -y así se hace desde diversos ambientes- que la pasión natural del hombre, su desarrollo sexual “normal”, exige “desahogos” ocasionales. Para estos tales, la prostituta sería un fenómeno inevitable. Sin embargo, en las grandes ciudades, el desarrollo sexual se caracteriza por una hiperactividad prematura -fruto de la permisividad- que constituye una excitación puramente ficticia del instinto.

Muchas de las prostitutas han llegado a ese modo de vida por una serie de circunstancias ambientales; de ahí que la prostituta pueda ser combatida eficazmente por medio de una política social que modifique aquellos factores ocasionantes (vivienda, educación, igualdad de salarios respecto al hombre, cualificación profesional, etc.) y que proteja a las jóvenes contra las sollicitaciones de personas u organizaciones proxenetistas.

Pero lo importante es eliminar las causas morales; algunas tienen su raíz en aquella pretendida dualidad de las diferentes morales en materia sexual exigidas al hombre y a la mujer; es un objetivo a largo plazo que deberían proponerse los diferentes movimientos feministas.

La solución no será, en ningún caso, rebajar el nivel de exigencia moral en las mujeres -como reclaman solapada o explícitamente algunos de estos movimientos-, sino más bien elevar la actitud moral en la conducta de los hombres; terminar -por parte de la autoridad pública- con el permisivismo social, promover una política de protección a la familia, elevar el nivel de educación moral y subvencionar suficientemente centros e instituciones para la reinserción social de estas mujeres. Neves, (1984)

Finalmente debemos anotar, que los contactos personales con estas mujeres son muy difíciles y arriesgados, sobre todo por su entorno humano, pero son absolutamente necesarios con vistas a su rehabilitación. El problema persiste hasta que ellas se convencen, de que son aceptadas y queridas sin reservas ni condiciones a pesar de la vida

que hacen. Sin embargo, la más mínima traición en esta materia, inutiliza cualquier intento de rehabilitación.

Por lo anterior, no cualquier persona es apta para tratar con prostitutas en proceso de rehabilitación. La actitud meramente profesional o de simple servicio social en muchos casos, puede resultar hasta contraproducente, porque lo que se requiere es una dedicación mucho más desprendida y desinteresada que la exigible para el simple y correcto cumplimiento de una profesión por muy social que sea.

1.6. La Depresión

1.6.1. Naturaleza

La depresión se ha descrito desde los tiempos remotos. En la Biblia, en el Libro de Job se describe a una persona que reúne criterios de depresión, caracterizados por insomnio, falta de autoestima y disminución del impulso sexual. Orjuela, (2000).

Etimológicamente, depresión viene del latín *depressio*: hundimiento; el paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia y devenir vital, que le impide cada vez más vivir con plenitud. La primera descripción clínica la realizó Hipócrates en el siglo IV a. C., quien introduce el término *melancolia* (melanos: negra-cholis: bilis) por considerar el exceso de bilis negra en el cerebro como la etimología de esta enfermedad.

Según éste “si el temor o la tristeza prevalecía por largo rato entonces se trataba de melancolía”. Orjuela (2000).

Según datos históricos recopilados por (Menegello, 1997 en: Orjuela, 2000), a partir de las primeras teorías sobre el origen de la depresión, las mismas han ido variando de acuerdo a cada época. Así se encuentra presente a lo largo de la historia, en todas las culturas y es factible hallar enunciadas distintas etiologías y diferentes formas de resolución de ésta, en la literatura de cada época.

En forma relativamente simultánea, Freud, a principios del siglo XX, comienza a esbozar sus hipótesis psicodinámicas, postulando que la depresión en la adultez es una reactualización de una traumática pérdida objetal temprana, que torna al sujeto vulnerable a pérdidas posteriores que desencadenan este cuadro.

Desde estos postulados psicodinámicos, pasó un largo tiempo hasta la década de 1960 en que se enuncia la hipótesis aminérgica de la depresión de Schildkraut, según la cual la depresión está provocada por un déficit de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina. Esta hipótesis, basada en hechos clínicos y experimentales, tuvo un gran arraigo en la ciencia médica e impulsó el uso de psicofármacos antidepresivos, ya que éstos, a través de diferentes mecanismos de acción, promovían un aumento de la concentración de estos neurotransmisores en la biofase.

Las consecuencias de los estudios de Schildkraut, fueron buenas, ya que alrededor del 70% de enfermos mejoraron, pero también se sobre simplificó la etiopatogenia de tan complejo hecho de creer que con una mayor concentración de neurotransmisores se arreglaba el asunto. Investigaciones posteriores mostraron la insuficiencia de esta hipótesis, además el 30% de enfermos que no respondía estimuló la búsqueda de nuevas hipótesis y recursos terapéuticos más eficaces y con menores efectos secundarios.

En la actualidad el término depresión es utilizado cada vez con mayor frecuencia entre médicos, psicólogos y las personas en general; según Papalia (1996) “en todos los casos se relaciona el concepto con la tristeza, el desánimo y la indiferencia. Alude a cualquier estado de ánimo que norma en el hombre, hasta un síntoma o síndrome. También describe a alguien que padece un trastorno psicótico con alusiones somáticas y otras alteraciones”

Cabe destacar, que los trastornos depresivos de acuerdo al DMS IV corresponden a la clasificación de aquellos que tienen como característica principal los trastornos del estado de ánimo; Éstos a su vez se dividen en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y trastornos basados en la etiología: trastornos del estado de ánimo debido a enfermedades médicas y trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias.

1.6.2. Clasificación de los trastornos depresivos

La depresión se incluye en el grupo de los “trastornos afectivos”; porque como característica de la depresión es la alteración de la capacidad afectiva, y no solo es la tristeza sino también, la incapacidad de dar afecto o recibirlo de quienes nos rodean.

Belloch, A., Sandín, B. (1999)

Clasificación de los estados depresivos

Los estados depresivos no son una entidad monolítica invariable. Si se aceptan las clasificaciones que se han hecho hasta el presente, se verá que han sido descritos más de cien tipos depresivos que se suponen distintos unos de otros. Esta abundancia puede confundir.

Es importante hacer más homogéneos los grupos depresivos para que se les pueda evaluar y dar un fármaco antidepresivo más eficaz. Esta necesidad ha tenido como consecuencia la identificación de subgrupos depresivos concretos que pueden responder mejor a tal o cual antidepresivo.

Clasificaciones Actuales: CIE 10 y DSM IV

Los actuales sistemas de clasificación, el CIE – 10 y DSM IV intentan sintetizar la clasificación de Kraepelin basada en el pronóstico y la de Bleuler basada en los síntomas (Crespo, 2000 en: Orjuela, 2000).

Los dos sistemas de clasificación sólo difieren entre ellos por aspectos menores y actualmente constituyen los puntos de referencia en los trastornos afectivos. Los códigos y los términos del DSM IV son compatibles con los de la CIE - 10.

Clasificación clásica

Depresiones endógenas (primaria). Estas depresiones van de adentro hacia fuera, se relacionan con una vulneración específica del propio psiquismo del paciente. El término endógeno debe entenderse como la manifestación depresiva sin una causa que, al menos en apariencia, la justifique. Aparecen espontáneamente.

Es una característica propia del depresivo endógeno, en una fase de normalidad del estado de ánimo, responder con entereza y sosiego a las dificultades, al contrario, en una fase depresiva son incapaces de enfrentarse a estas mismas dificultades e incluso a otras de menor peso. Estas reacciones del estado de ánimo y de la importancia de los acontecimientos pueden variar de individuo a individuo y de una raza a otra, aun de un nivel sociocultural a otro nivel.

Depresiones somatógenas. Estas tienen causas orgánicas demostrables, la depresión puede ser parte de procesos infecciosos, enfermedades de la tiroides o cáncer. Por lo que es necesario tratar antes la causa primaria, aun cuando persista la depresión una vez eliminado lo que la provocó. Puede pasar que el trastorno orgánico queda resuelto pero persisten las manifestaciones depresivas, entonces el tratamiento debe ser bidireccional (tratar la depresión como entidad independiente).

Depresión psicógena. Son originadas por causas psíquicas o ambientales, por fuertes tensiones, por componentes psicosociales, etc.

Hay cierta predisposición, consustancial al individuo, a desarrollar unas u otras manifestaciones al margen de la causa que la desencadena. Cada individuo tiene un límite propio para soportar fuertes tensiones y que más allá de este límite es probable que aparezcan manifestaciones psiquiátricas o psicosomáticas.

Las depresiones reactivas están ligadas al concepto de pérdida, mientras que las reacciones ansiosas están vinculadas al concepto de cambio. A veces, aun siendo los cambios positivos, pueden ocasionar reacciones depresivas.

Los trastornos depresivos (mayor, dinámico y depresivos no especificados), se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maniático, mixto o hipomaniático. Los trastornos bipolares (Bipolar I –Bipolar II), trastornos ciclotímico y trastorno bipolar no especificado, implican la presencia o historia de episodios maniáticos, episodios mixtos o episodios hipomaniático, normalmente acompañados por la presencia o historia de episodios depresivos mayores.

Clasificación y Cuadro Clínico

Depresión Mayor:

Cuando alguien presenta un estado depresivo mayor se puede identificar porque algo no funciona bien. Se identifica un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer por las actividades ordinarias durante un periodo mínimo de dos semanas. Existe evidencia para considerar que el Desorden Depresivo Mayor tiene patrones genéticos y

familiares. (DSM IV, 2000)

Erick Fromm, plantea que la felicidad no es lo opuesto a la tristeza, no a ese estado de sufrimiento que se presenta en la depresión mayor. La tristeza forma parte de la vida, por la incapacidad de obtener placer. E incluso de sentir e interesarse por lo que se siente impide la felicidad. Como dice Frankl, (1992) en Orjuela, (2000), se puede incluso, encontrar sentido al sufrimiento.

Según plantea Crespo (2000) en Orjuela (2000), el trastorno depresivo mayor es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Su prevalencia en la población varía entre el 5 y el 10 por ciento para las mujeres y entre el 2 y el 3 por ciento para los hombres. Así, las mujeres tienen mayor riesgo de presentar depresión mayor.

Los porcentajes de prevalencia al parecer no se relacionan con nivel socioeconómico, raza, estado civil o nivel de estudios. Hay otros factores que predisponen a una depresión mayor como la existencia de antecedentes familiares de depresión, alcoholismo; pérdida parental antes de los 13 años de edad y la presencia de un grado elevado de estrés psicosocial. (Smith, Weisman, 1991)

La depresión mayor puede comenzar a cualquier edad, aunque el promedio se sitúa entre los 27 y 40 años de edad. Dentro de los criterios formales para el diagnóstico se tiene en consideración de que vaya acompañado por al menos cuatro de los síntomas presentados a continuación: (Criterios Diagnósticos DSM IV)

- Estado de ánimo depresivo (o irritable) la mayor parte del día.
- Pérdida o disminución importante del interés y del placer.
- Cambio significativo del apetito con una pérdida o aumento de peso.
- Cambio significativo del sueño con insomnio o hipersomnio.
- Cambio en el nivel de actividad psicomotriz con agitación o enlentecimiento.
- Dolores de cabeza; dolores musculares.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Disminución de la autoestima y de la confianza en sí mismo.
- Dificultad para concentrarse y tomar decisiones.
- Visión pesimista del futuro.
- Frecuentes pensamientos de muerte o suicidio.

Es importante tener en cuenta que los síntomas mencionados no respondan a afectos directos de un medicamento, del alcohol o drogas, de un estado físico, ni a un proceso de duelo normal. Una situación de estrés puede inducir un episodio de depresión mayor, en las personas propensas a ello, pero en muchas ocasiones éstos no necesariamente están asociados a un evento externo que lo precipite.

La dificultad de mejoría se asocia con: la experiencia de un tratamiento inadecuado; presencia de síntomas iniciales severos; edad temprana de aparición; mayor número de episodios previos; presencia de otros desordenes mentales o dependencia de sustancias psicoactivas; enfermedad crónica y disfunción familiar.

La probabilidad de que se vuelva a presentar una depresión mayor en el transcurso de la vida, es alta y el riesgo de presentar nuevos episodios aumenta a medida que éstas se producen, siendo muy variable el patrón de reaparición.

Trastorno Distímico

El concepto de distimia se empezó a utilizar en el DSM II y pretendía sustituir al de depresión neurótica (no endógena ni psicótica), ya que este último hacía referencia a la etiología, mientras que el de distimia hace referencia a los aspectos descriptivos. Se conceptualiza como un trastorno afectivo crónico.

La distimia se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, en una relación aproximada de dos mujeres por cada hombre. La edad inicio suele ser temprana, en algunas ocasiones antes de los 21 años de edad y la prevalencia ha ido en aumento progresivo. Se ha encontrado mayor prevalencia de distimia en personas no casadas (solteras, divorciadas o viudas, que en las casadas). La población urbana parece tener una prevalencia un poco mayor que la que vive en zonas rurales. No se ha encontrado una relación clara entre la situación socioeconómica y la raza con la presencia de distimia. (DSM IV, 2000)

A diferencia del trastorno depresivo mayor, que se caracteriza por la ocurrencia de uno o más episodios depresivos que se distinguen claramente del funcionamiento usual de la persona, la distimia es un estado depresivo leve crónico. A un paciente se le diagnostica distimia si este estado persiste por lo menos durante dos

años. Orjuela, (2000)

Los síntomas crónicos a largo plazo de distimia usualmente no incapacitan completamente a la persona, pero no le permiten sentirse bien ni funcionar a capacidad. En los criterios diagnósticos del DSM IV se requiere que el trastorno ocasione sufrimiento o deterioro significativo en el área social, laboral u otras para diferenciarlos de los problemas de la vida cotidiana. En la clasificación del CIE 10 no se incluye el criterio de deterioro funcional, se requieren tres de los once síntomas, entre los que se incluyen algunos que no están presentes en el DSM IV (llanto frecuente, incapacidad percibida para afrontar las responsabilidades de la vida cotidiana y disminución de la locuacidad).

Criterios Diagnósticos, según DSM IV, para el Trastorno Distímico

- Baja autoestima o falta de confianza en sí mismo. Sentimientos de desesperanza.
- Sentimientos de culpa.
- Pérdida de interés o placer
- Fatiga o cansancio crónico.
- Irritabilidad o rabia excesiva.
- Cambios en el sueño (insomnio o hipersomnio).
- Fallas de concentración.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Cambios en el apetito (pérdida o exceso).

Trastorno Depresivo sin especificar

Las personas que presentan un estado de ánimo clínicamente significativo, y que pueden identificarse con un diagnóstico de depresión mayor o Distímico pero durante un período inferior a los dos años. Por lo tanto dentro de esta categoría podría haber tanto una persona que presente una depresión leve o una depresión grave. También entrarían dentro de esta categoría las mujeres que presentan una depresión asociada al ciclo menstrual o incluso una depresión asociada a un trastorno psicótico. Orjuela, (2000)

Criterios Diagnósticos, según el DSM IV:

Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas se presentan con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos una semana después de las menstruaciones.

Trastorno depresivo menor: episodios depresivos con una duración de dos días a dos semanas de síntomas depresivos, pero con

menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.

3. Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de dos días a dos semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociados con los ciclos menstruales).
4. Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: un período depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.
5. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
6. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

Trastornos bipolares mixtos y trastornos bipolares

El trastorno bipolar mixto es la clásica enfermedad maniaco – depresiva descrita desde tiempos remotos. El paciente altera fases depresivas (en la que la depresión cumple los requisitos de un estado depresivo mayor) con fases maniacas (en las que se da una situación de euforia, excitación, hiperactividad, etc.). La duración de esta fase varía entre los individuos, dándose posibilidades de que existan intervalos libres de síntomas entre ellas, o bien que se pase de la situación depresiva a la maniaca con rapidez.

Cuando estas situaciones no revistan la severidad de la depresión mayor en el caso del polo depresivo y de la crisis maniaca en el polo opuesto, sino que son oscilaciones más discretas entre los dos polos en la personalidad de base del paciente, se habla del carácter ciclotímico o de personalidad ciclotímica, que puede llegar a presentar en algún momento episodio maniaco – depresivo real, aunque no necesariamente debe ser así.

Depresiones secundarias

Son síndromes que están relacionados con otras psicopatologías, o con enfermedades médicas más o menos sistematizadas. El concepto de secundariedad en este caso, se refiere al hecho, de que el síndrome depresivo se asocia a otras entidades.

Entre las situaciones clínicas psicopatológicas que se dan con cierta frecuencia de forma asociada a un síndrome depresivo, están la esquizofrenia, los estados de ansiedad

y otras farmacodependencias, así como los trastornos orgánicos cerebrales de deterioro reversible o irreversible. En estos casos se impondrá la necesidad de efectuar un diagnóstico diferencial de la primariedad de la depresión. Para ello implicaría la utilización de parámetros clínicos, psicométricos, electrofisiológicos y radiológicos apropiados.

Modelos más actuales que estudian la depresión, como el de diátesis-estrés de Nemeroff y Plotsky (1996), integran factores: ambientales, genéticos y constitucionales, eventos adversos tempranos y actuales y las repercusiones a nivel del sistema nervioso central, que promueven un sistema noradrenérgico hiperactivo que responde en formas exageradas al estrés y torna vulnerables a los sujetos a los trastornos de ansiedad y depresión. Una limitación a este modelo es que no todo paciente con depresión tiene antecedentes familiares ni padeció maltrato infantil. De estos modelos se deducen recursos terapéuticos que incorporan medidas tendientes a resolver las bases biológicas, psicológicas y vinculares del cuadro con un importante aumento de la remisión.

El cuadro que presenta una persona deprimida puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y también en cuanto a su evolución temporal. En algunos casos se trata de formas episódicas y en otros se trata de un estado de síntomas permanente de modo casi continuo. También puede variar su gravedad: en algunos casos se trata de estados más bien leves y en otros existen deseos o intentos de suicidio. Pero en general, cualquier persona deprimida es probable que presente un conjunto de signos y síntomas (o

síndrome depresivo) que se puede reducir a cinco grandes núcleos (Vásquez, 1990 en Belloch, A, Sandín, B. 1999).

- **Síntomas Anímicos:** manifestación de pena y tristeza, mucho más duradera y penetrante. En algunos pacientes irritabilidad y pérdida de interés pueden ser los efectos predominantes.
- **Síntomas Motivacionales y Conductuales:** uno de los aspectos subjetivos más dolorosos para las personas deprimidas es el estado general de inhibición en que se hallan. En efecto, la apatía, la indiferencia y, en definitiva, la adhedonia -o disminución en la capacidad de disfrute - es junto con el estado deprimido el síntoma principal de un estado depresivo.
- **Cognitiva:** manifestaciones de menosprecio hacia sí mismo. La persona piensa que es indeseable e inútil a su defecto y se subestima y autocritica por ellos.
- **Motivacional:** por un desempeño generalmente decreciente y desinterés por las actividades.
- **Somáticas:** caracterizadas por la fatiga, trastornos del apetito y sueño (insomnio e hipersomnia), pérdida de peso, de energía y la libido, cefalea y dolor de espalda.

Las personas que están deprimidas, no sólo pierden el entusiasmo por la vida, sino que pierden temporalmente la voluntad de vivir. Según Orjuela:

“La depresión se caracteriza por una alteración del estado de ánimo en el que la persona parece estar encadenada al sufrimiento, sin poder separarse de él; una de las características de la depresión es la disminución del interés y la capacidad para obtener placer en las actividades que realizamos”¹²

La depresión es una perturbación compleja; se trata de un síndrome con diferentes matices sintomáticos promovido por múltiples causas que afectan al sujeto tanto por el alto sufrimiento psíquico que le produce como por sus secuelas personales y sociales. Sin embargo, el término depresión ha sido erróneamente utilizado para describir, en forma indistinta, tanto un sentimiento de tristeza relacionado con una situación displacentera, como un estado de ánimo pasajero y estable, un síntoma o una estructura psicopatológica ya que va mucho más allá de esto.

La Organización Mundial de la Salud (2000) considera a la depresión como “un mal endémico y potencialmente letal, lidera las causas de discapacidades en el mundo impactando sobre el paciente, su familia y su entorno social. Es padecida por más de 50 millones de personas, la tasa de prevalencia es de 3 a 6% de la población en general, el riesgo de morbilidad, la posibilidad de enfermarse durante su vida, es del 20%, lo que implica que una de cada cinco personas que nacen padecerá depresión al menos una vez en su vida y de éstas, el 70% de los casos tendrá más de un episodio. La edad de aparición del primer episodio es cada vez más temprana y el comienzo precoz incrementa

¹² ORJUELA, L. 2000. *La Depresión. Control y Superación*. Primera edición. Hobby - Club., S.A. España. Pág. 15.

el riesgo de recurrencia y cronicidad”.

De acuerdo a Orjuela (2000), “muchas personas han tenido alguna vez la sensación de estar deprimidas, porque en algún momento de la vida se han sentido abatidos, tristes, rechazados, con sentimiento de culpa e inseguridad, por haber perdido algo importante en sus vidas, o simplemente porque las circunstancias de la vida las lleva a mirar el tiempo sin esperanza”.

Desde esta perspectiva, entonces se puede afirmar, que esta enfermedad es mucho más frecuente en las mujeres que se dedican a la prostitución, precisamente por la vida llena de contrastes y complejidades que llevan éstas. (La autora)

1.6.3. El proceso depresivo

El proceso depresivo presenta una serie de síntomas, Orjuela (2000), ha destacado entre éstos “psicomotor, cambios en el estado de ánimo, ansiedad, irritabilidad, agitación, falta de interés, energía reducida y síntomas biológicos como alteración del sueño, pérdida de peso, pesimismo y problemas de memoria”.

Retraso psicomotor: La persona deprimida camina y actúa lentamente. El pensamiento se torna lento y esto se refleja en su lenguaje; existe un largo intervalo antes de contestar las preguntas, las pausas en la conversación son largas. Se encuentran agitados y son lentos, en ocasiones se quejan de dolor en el pecho, e incluso llegan a pensar que se

encuentran enfermas del corazón por la sensación es de opresión y falta de aire.

Estado de ánimo: El humor es de tristeza y desdicha y en circunstancias en que ordinariamente se aliviaría, no hay mejoría. Cabe destacar, que el humor es diferente de la tristeza ordinaria y puede presentarse abulia.

Ansiedad: Es frecuente y variable en un trastorno depresivo. En algunas formas menos graves, también se presenta la ansiedad; que puede acompañarse de un sentimiento de desesperanza.

Irritabilidad: Es una respuesta común a demandas y frustraciones pequeñas, acompañada de enojo y disgusto.

Agitación: Es un estado de inquietud que experimenta la persona como una incapacidad o dificultad para relajarse. Cuando es leve, se pueden observar movimientos inquietos con las piernas, las manos o los dedos; cuando es grave, le cuesta trabajo sentarse y tiende a iniciar muchas actividades al mismo tiempo, sin terminar ninguna.

Falta de interés y placer: La persona deprimida no siempre se queja espontáneamente de esta falta de interés. No muestra interés o entusiasmo por actividades con las que generalmente gozaría y tampoco siente placer por vivir, o por el presente y las actividades diarias; asimismo, evita los encuentros sociales.

Energía reducida: La persona dice que le cuesta mucho esfuerzo hacer las cosas y tiende a dejar incompletas; en estos casos frecuentes las quejas de fatiga.

Síntomas biológicos: Incluyen trastornos del sueño, variación del humor en el día, cambios en el apetito, pérdida o exceso de peso y pérdida de interés sexual. En algunas mujeres se presenta amenorrea (ausencia de menstruación). Estos síntomas son más frecuentes en los trastornos depresivos mayores que en los leves.

Alteraciones del sueño: Las dificultades de sueño no son en sí mismas una enfermedad; pero aunque pueda tratarse de una situación ocasional en nuestras vidas, puede llegar a convertirse en un problema crónico.

Alteraciones en el peso: En los trastornos depresivos es frecuente la ausencia de apetito y consecuentemente la pérdida de peso. En otros casos las alteraciones en el apetito y en el peso tienden al exceso; comen más y aumentan de peso; en estos casos, la comida les brinda un alivio temporal a sus sentimientos de tristeza.

Pensamientos pesimistas: Algunos pensamientos están relacionados con el presente, ya que la persona sólo ve el lado triste o crítico de cada situación. Piensa que va a fallar y que los otros lo verán como fracaso. La persona pierde la confianza en sí mismo y no da crédito a sus triunfos.

Otros pensamientos se relacionan con el futuro y la persona anticipa fracasos en las actividades que emprende, desgracias para ella o su familia y el temor a estar enfermo. Estas ideas frecuentemente se acompañan por pensamientos negativos de la vida, a la cual se le da poco significado. Las ideas de desesperanza también pueden acompañarse con la idea de que la muerte puede ser una forma de aliviar el sufrimiento,

incluso pueden llegar a convertirse en ideaciones suicidas. Orjuela, (2000)

Otro tipo de pensamientos relacionados con el pasado, aparece como culpas o auto-censuras sobre modos de actuar del pasado con sentimientos intensos. A veces, los recuerdos que permanecen en el pensamiento son de hechos tristes, lo cual se vuelve más frecuentes cuando se avanza en el estado depresivo.

Síntomas físicos (somáticos): Son frecuentes las quejas sobre problemas médicos o malestares dolorosos, como el caso de síntomas digestivos y cefaleas; además son frecuentes las quejas hipocondríacas.

Fallas de memoria: Las personas deprimidas se quejan de dificultades para concentrarse y para recordar hechos recientes; además con frecuencia se evocan recuerdos tristes o negativos y hay dificultad para evocar positivos.

1.7. El Trastorno de Ansiedad

1.7.1. Patología de la ansiedad

El temor se conceptúa como una respuesta emocional fisiológica a una amenaza externa reconocida. La ansiedad es un estado emocional desagradable, cuyas fuentes son menos fáciles de identificar; con frecuencia se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o hasta el agotamiento.

Bajo el término ansiedad, el Diccionario Larousse de la Lengua Española (1998), concibe la ansiedad desde dos puntos de vistas. “como un estado de agitación, inquietud

o zozobra del ánimo y como un estado de angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular ciertas neurosis y que no permiten sosiego a los enfermos”. Pero separar la línea de la enfermedad de la emoción dependerá de la intensidad y de la repercusión sobre la actividad de la persona. Normalmente, representa uno de los impulsos naturales que motivan al individuo a realizar funciones que le son propias y a enfrentarse a nuevas situaciones. De esta forma, la ansiedad se convierte en una patología, cuando en lugar de favorecer este comportamiento positivo, se interfiere en él, ganando tal protagonismo que el individuo termina fijando toda su atención en la enfermedad.

En términos patológicos, la ansiedad es descrita por Barrero (2000), como “la existencia en el individuo de un sentimiento de amenaza, de una tensa incertidumbre y de expectación ante lo que el futuro puede depararle, de intensa preocupación y de un miedo desproporcionado con relación al estímulo que recibe, lo que termina ocasionando un desequilibrio psicossomático”. En tal sentido, es normal experimentar cierto grado de ansiedad ante situaciones inciertas, pero la ansiedad excesiva es una forma de neurosis que no beneficia ni al individuo ni a las personas que lo rodean.

La ansiedad patológica inhibe la acción y por lo tanto no le permite al individuo responder adecuadamente. Barrero (2000) distingue cuatro niveles de ansiedad:

Nivel 1: El individuo se encuentra alerta y tiene capacidad de relacionar y reaccionar ante la aparición de problemas determinados.

Nivel 2: En este campo de percepción, ya el individuo se encuentra restringido, por lo que es incapaz de percibir todos aquellos detalles del entorno en el cual se desenvuelve. Pero aún así, su capacidad de reacción y solución de problemas no se ve totalmente afectada.

Nivel 3: En este punto su campo de percepción se reduce más aún, que pueden quedar finalmente reducido a sólo detalles. Su atención se puede enfocar a obtener ayuda inmediata, olvidándose de las causas que han podido provocar su estado y de la solución.

Nivel 4: En este punto el individuo alcanza un estado de pánico, donde existe ya una importante desorganización emocional. Aquí la persona sólo es capaz de concentrarse en motivos sin importancia que ya nada tienen que ver con la verdadera causa del problema.

La ansiedad comúnmente se presenta como una manifestación de la preocupación apropiada acerca de los trastornos médicos y psiquiátricos. Los problemas médicos que involucran cualquier síntoma corporal puede producir ansiedad como síntomas. Las sustancias y factores dietéticos (particularmente cafeína y alcohol) pueden provocar ansiedad.

1.7.2. Principales rasgos

La ansiedad es un fenómeno que puede ser difícil de reconocer. Sheeham (1986) en Barrero (2000), indica que “ todos podemos saberla cuando se acercan exámenes,

entrevistas de trabajo, situaciones comprometidas; en esos momentos, síntomas como vómitos, náuseas o cefaleas repentinas nos anuncian su presencia”. Sin embargo, no siempre puede ser identificada con facilidad en sus primeras etapas; tal como dice Barrero (2000), “en ocasiones las causas pueden estar asociadas con los problemas económicos y familiares”. Naturalmente, en una situación como esta, el individuo es incapaz de reconocer la causa y el efecto y por lo tanto su estado es de profunda desorientación.

Barrero (2000), ha descrito algunos rasgos que pueden ser de gran utilidad a fin de reconocer el trastorno de la ansiedad; estos son:

- Abundante sudoración
- Náuseas, vómitos y diarreas
- Dolor de cabeza
- Insomnio
- Irritabilidad y un creciente nerviosismo
- Depresión que normalmente aparece por la noche
- Dolores en la espalda y abdomen de carácter inespecíficos, y sensación de opresión o pinchazos en el pecho.
- Respiración suspiriosa (emisión de suspiros o respiraciones profundas a intervalos de tiempo).

Otro gran problema a consecuencia de la ansiedad, es que puede ser transmitida de una persona a otra. Esto es así, ya que cuando uno de los integrantes de un grupo familiar no expresa con claridad y directamente su problema, los demás miembros también pueden llegar a sentir desasosiego, generándose de esta manera un ambiente

muy poco acogedor. Es decir, se genera una reacción en cadena, porque la tensión de ese miembro de la familia se trasmirá al resto de forma inconsciente e inadvertida.

1.8.

PSICOTERAPIA COGNITIVA GRUPAL, COMO MODELO DE TRATAMIENTO A UN GRUPO DE ALTERNADORAS QUE PRESENTAN DEPRESIÓN CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA.

Los principios básicos de este enfoque terapéutico son los siguientes:

1. Terapia enfocada a la conducta y a las cogniciones: esta terapia enfatiza en las conductas actuales y en los pensamientos conscientes, su objetivo es modificar tanto la conducta y las cogniciones más que dar al paciente la oportunidad de simplemente ventilar sus sentimientos. Esta basada en el supuesto que los cambios en las conductas y cogniciones producirán cambios en los sentimientos y emociones.
2. Orientada en el presente: se enfatiza principalmente en como los pensamientos actuales, la conducta, los beneficios y los castigos mantienen patrones disfuncionales.
3. Terapia de corta duración: los formatos de terapia cognitiva toman menos de 20 sesiones con altos índices de eficacia.
4. Enfatiza en la medición: la terapia cognitiva procura medir los cambios a través de evaluar la frecuencia, duración intensidad y severidad de síntomas específicos.
5. Responsabilidad: los progresos son evaluados constantemente durante el curso de la terapia, tanto por el terapeuta como por el paciente.
6. Colaboración: la colaboración entre el terapeuta y el paciente es indispensable.

7. Didáctica: la terapia visualiza al paciente como a un estudiante, se utiliza Biblioterapia, se recomienda lecturas, cintas de audio y vídeo e incluso el terapeuta sirve de modelo para conductas y pensamientos adecuados, se espera que entre más el paciente sabe mejor podrá enfrentarse - con sus problemas.
8. Se estimula la independencia del paciente: su principal objetivo consiste en "sacar al terapeuta del negocio. Esto lo logra al enseñar al paciente técnicas de auto ayuda, juego de papeles, tareas para la casa, incremento de la asertividad, resolución de problemas.
9. Apuntar al síntoma: la terapia cognitiva se dirige a modificar los síntomas específicos, el propósito es incrementar o disminuir las conductas, pensamientos, sentimientos o interacciones específicas.
10. Rechazo a la sustitución de síntomas: la terapia cognitiva rechaza la idea que los síntomas al ser eliminados son sustituidos por otros. Se enfatiza que al eliminar o reducir síntomas en una área conducirá al mejoramiento en otras áreas.
11. Cambios Continuos: los cambios son visto como un proceso acumulativo; en toda sesión se le pide al paciente que ensaye los pensamientos y conductas aprendidas y que practiquen las mismas en casa.
12. Rechazo del concepto de Disposición al Cambio: Este enfoque rechaza la idea de que el paciente debe de estar listo para el cambio, más bien dice a sus paciente que actúen como si ya hubiesen cambiado, incluso se insiste en esto con pacientes que manifiesten inconformidad.
13. Reto a la posición del Paciente: confrontar al paciente con la idea de que hay alternativas a su usual patrón de comportamientos.
14. Enfocado él Resolver Problemas: cada sesión es vista como una oportunidad para

hacer progresos en la solución de problemas más que solo ofrecer la oportunidad de ventilar problemas emocionales. .

15. Planes de Tratamiento: cada intervención obedece a un plan de intervención estructurado el cual incluye sus constantes evaluaciones.

16. Continuidad del Tratamiento: al utilizar un plan de tratamiento en cada sesión se revisan las tareas asignadas, el problema del día y el plan para la próxima semana.

17. Desmitificando la Terapia: utilizando Biblioterapia, planes de tratamiento, modelamiento, juego de papeles, tareas y la responsabilidad el paciente es dirigido dentro de una relación de colaboración con el terapeuta.

19. Retroalimentación del Paciente: esta modalidad ayuda a ir corrigiendo las estrategias utilizadas, cada paciente es único.

En la planificación del tratamiento el terapeuta desarrolla un plan general para la terapia y un plan específico para cada sesión individual. Se debe tener en cuenta tres fases: inicial, mitad y final. En la etapa inicial el terapeuta planifica alcanzar un número de metas: desarrollar una fuerte alianza terapéutica; identificar las metas del paciente para la terapia; resolver problemas; enseñar a cada paciente el modelo cognitivo; lograr activar o motivar la conducta del paciente (especialmente si está deprimido o retraído); educar al paciente sobre su trastorno; enseñar al paciente a identificar, evaluar y responder a sus pensamientos automáticos; familiarizar al paciente con las tareas para casa, elaborar una agenda terapéutica y retroalimentar al terapeuta acerca de cómo se siente con la terapia y que espera pueda cambiar. En esta etapa el terapeuta es más directivo sugiere los puntos de la agenda y las tareas.

En la parte media de la terapia, el terapeuta continua trabajando sobre los objetivos iniciales pero también hace énfasis en identificar, evaluar y modificar las creencias del paciente. Comparte su concepción cognitiva del paciente y utiliza técnicas racionales y emotivas para facilitar la modificación de las creencias. Además, cuando sea necesario el terapeuta ayuda al paciente a reformular sus metas y le enseña las habilidades y destrezas que le hagan falta para alcanzar sus metas.

En la parte final del tratamiento, el énfasis del tratamiento cambia a preparar al paciente para la terminación del tratamiento y. prepararlo para posibles recaídas. Para este punto el paciente se vuelve más activo en la terapia, tomando la iniciativa de elaborar la agenda de la sesión, sugerir posibles soluciones a problemas e incluso determinando las tareas para casa.

Algunas técnicas específicas de esta terapia son:

Reestructuración Cognitiva:

Se basa en el supuesto de que el sistema cognoscitivo de un individuo pueda ser cambiado de manera directa y que este cambio dará por resultado una serie alterada y más apropiada de conductas racionales. Primero se identifica el razonamiento fallido y las ideas irracionales se auxilia al cliente para que reconozca estos patrones de pensamientos debilitantes, esto se logra poniendo en duda las ideas de las personas y proporcionando otro marco de referencia. Luego se retroalimenta para observar si los cambios han producido una percepción más realista de la situación.

Entrenamiento en habilidades Sociales:

Se definen por habilidades sociales aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente, las habilidades sociales pueden considerarse vías o rutas para los objetivos de un individuo. En la terapéutica se deben de tener en cuenta tres aspectos: 1. Entender la conducta socialmente hábil en términos de su posibilidad de llevar hacia consecuencias reforzantes. 2- En que situaciones interpersonales se manifiestan las habilidades sociales. 3- Describir las conductas socialmente competentes de modo objetivo. En el entrenamiento de estas habilidades se descomponen las habilidades en sus componentes básicos los cuales pueden ser: contacto visual, afecto adecuado, preguntas conversacionales, volumen de voz, expresiones de aprecio y elogio, expresiones de sentimientos personales, expresiones de reconocimiento y atención, conducta positiva recíproca, expresiones gestuales, proximidad, entre otras. Se evalúan las manifestaciones de estas conductas básicas, se corrigen las defectuosas y se enseñan las no manifiestas a través de técnicas de juego de papeles o roleplaying.

Afrontamiento de estrés en la solución de problemas:

Se basa en el entrenamiento para inocular a los clientes contra futuros problemas y facilitar el desarrollo del autocontrol. Sus programas implican determinar los patrones de pensamiento y estrategias de los clientes en situaciones estresantes, y enseñarles auto declaraciones más productivas. El terapeuta enseña al cliente a usar estas declaraciones para combatir el estrés y la ansiedad.

Terapia de inoculación de estrés:

Se basa en que las auto declaraciones influyen en las actitudes y sentimientos. No se juzga las auto declaraciones de inmediato, se evalúan en términos de racionalidad, se transforman en auto declaraciones más positivas. Entrenamiento de los individuos para aproximarse a situaciones interpersonales. Se enfoca en los requerimientos de una tarea o problema particular, las conductas que necesitan ejecutarse y los cursos alternativos de acción disponible, esta técnica la desarrollo Meichembaum.

Juego de Papeles:

Técnica en la cual los sujetos representan junto con el terapeuta y otros pacientes situaciones conflictivas. Es un método en que se utiliza una atmósfera teatral, con todo y escenario, director y actores que ayudan al interprete principal El paciente mismo desempeña el papel principal en la producción psicodramática y el terapeuta o director con frecuencia hace una descripción de la situación que va a representarse. A medida que la escena progresa, el director puede detener la acción y sugerir que se inviertan los papeles.

Visualización:

Técnica utilizada para recordar información sobre áreas conflictivas a través de la evocación de la fantasía especialmente durante situaciones emocionalmente intensas. Al individuo se le induce a utilizar la imaginación, ya que algunos pacientes reportan las imágenes con mayor facilidad que los pensamientos, en este caso el paciente visualiza mentalmente las situaciones que le producen ansiedad para que pueda afrontarla en la realidad, la respuesta indeseada se extingue al ser reemplazada por otra respuesta apropiada. Esto se realiza en forma progresiva.

Tareas cognitivas para la casa:

El propósito de estas es proporcionar a los clientes un marco en el que puedan refutar las creencias irracionales por sí mismo entre sesiones de terapia..

Pueden darse también cassettes de sus propias sesiones de terapias para que estos sean escuchados por lo menos una vez al día. Biblioterapia: se le dan libros y material escrito que hablan sobre la Terapia. Escuchar Cintas sobre varios temas.

Técnicas Emotivas:

El terapeuta muestra una actitud emocional de aceptación incondicional. La Terapia maneja varias técnicas emotivas entre las que destacan:

1. Métodos humorísticos: para animar al cliente a pensar racionalmente sin tomarse a sí mismo demasiado en serio.
2. El autodescubrimiento: los terapeutas admiten honestamente, que ellos han tenido problemas similares y que los han superado gracias a la Terapia.
3. Se utilizan historias, leyendas, parábolas, chistes, poemas.
4. La Terapia utiliza como, parte de su arsenal de técnicas canciones humorísticas racional de tal manera se presenta la filosofía racional de forma amena y cognitiva.
5. Ejercicios de ataque a la vergüenza: los clientes se comportan en público deliberadamente vergonzosa, con el objeto de aceptarse a sí mismos y tolerar la incomodidad que les provoca.
6. Ejercicios de riesgos: el cliente se fuerza a asumir riesgos calculados en áreas en las que quisieran hacer cambios.

7. Repetición de frases racionales fuerte y apasionadamente.

Técnicas Conductuales:

La Terapia emplea el uso de técnicas conductuales porque acepta el hecho que cambios conductuales facilitan a menudo el cambio cognitivo. Los terapeutas Terapia animan al paciente a realizar tareas en casa con el fin de que aumenten su nivel de tolerancia a la frustración; estas tareas están basadas en los paradigmas de desensibilización en vivo e inundación, más que en aquellas basadas en la desensibilización gradual.

La Terapia de Grupo

Algunos métodos de psicoterapia, como el psicoanálisis, emplean la terapia de grupo por razones de conveniencia, porque es mas práctico y económico, sin embargo la Terapia Cognitivo Conductual; (TCC) se apoya en un modelo educacional más que en uno médico o psicodinámico. En consecuencia, como la mayoría de los que se dedican a la enseñanza, está. a favor de las sesiones de grupo tanto como de las individuales.

La teoría cognitiva de la depresión afirma que la operación de un conjunto de cogniciones negativas y de percepciones inadecuada de sí mismo, del entorno y del mundo produce sentimientos negativos y la pasividad conductual constituyen los principales componentes observables del síndrome depresivo. Trabajar con pacientes deprimidos en un contexto de grupo introduce la posibilidad de ejercitar en el paciente una serie de inferencias negativas que no tendrían por qué salir a la luz en terapia individual.

Si bien parece que los pacientes depresivos tienden a aplicarse a sí mismos reglas bastantes diferentes de las que aplican a los demás o, dicho de otro modo, que los errores en las inferencias y en los pensamientos son más evidentes cuando el paciente piensa sobre sí mismo que cuando piensa en otra persona.

La mayor objetividad y flexibilidad al juzgar a otras personas se pone de manifiesto en la experiencia de grupo. En primer lugar, el paciente depresivo suele considerar que la identificación de los errores en las cogniciones negativas de otros pacientes y la evaluación de los pensamientos y supuestos resulta más fácil que la identificación y evaluación de sus propias cogniciones.

El trabajo en grupo con pacientes depresivos facilita la identificación y evaluación de su propio conjunto de cogniciones idiosincrásicas . En este sentido, los miembros del grupo someten los supuestos a una prueba de realidad y al hacerlo, mejoran su habilidad para corregir sus propios pensamientos derrotistas.

En resumen se puede decir que los pacientes depresivos son capaces de funcionar dentro de un grupo y de obtener beneficios de las experiencias de grupo. No obstante, el foco central de discusión y el grado de estructuración en un marco cognitivo parecen ser determinantes críticos de la efectividad de la terapia de grupo.

En la actualidad, existe bastante evidencia de la terapia cognitiva de grupo reduce la sintomatología inicial. En estudio realizados por Morris (1975), Rush y Watkins(1978), Shaw. y Hollon(1978), se ha observado que los pacientes tratados con

Terapia Cognitiva de Grupo mostraban en el post-tratamiento puntuaciones de depresión significativamente menores que las que habían obtenido en el pre-tratamiento.

“Hasta el momento, existen pocos datos disponibles sobre el tema de las recaídas. No se sabe si la terapia cognitiva de grupo producirá efectos similares a la individual, pero esperamos que sea así”.¹³

Los objetivos más importantes para los asistentes a los grupos TCC son:

1. comprender las raíces de sus síntomas y funcionar mejor en sus relaciones interpersonales;
2. entender las dificultades de otros miembros del grupo y servirles de ayuda;
3. minimizar las perturbaciones básicas, para sentirse bien emocionalmente y
4. llegar a un cambio, no solo conductual sino filosófico, incluso aceptar lo desagradable de la realidad; renunciar a los pensamientos mágicos y saboteadores, desistir en considerar los infortunios y frustraciones de la vida como horribles y catastróficos; tomar la responsabilidad total de sus propias dificultades emocionales; y abandonar cualquier forma de autodevaluación y en su lugar, aprender a aceptarse completamente a sí mismos y a otros como personas humanas que pueden fallar y cometer errores.

¹³ - Aaron Beck y otros "Terapia cognitiva de la depresión" 9na edición. Desclée de Brouwer, Bilbao, 1983. Págs. 394.

Al igual que en la modalidad individual el terapeuta es activo y directivo; exige la participación decidida y comprometida de todos los miembros del grupo; incorpora todas las técnicas de enfrentamiento clínico previamente indicada y mantiene siempre una actitud de aceptación incondicional del cliente.

El programa de competencias de afrontamiento.

El programa de competencias de afrontamiento es una forma de psicoterapia de grupo breve y estructurada en la que se enseña a los clientes una variedad de técnicas cognitivo-conductual utilizadas para reducir la ansiedad y la depresión, y para afrontar con mayor eficacia los problemas y el estrés de la vida diaria. Las técnicas cognitivo-conductuales incorporadas en este programa (relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad y resolución de problemas) han sido cuidadosamente elegidas para proporcionar a los pacientes un marco complementario de estrategias de afrontamiento a las cuales poder recurrir a la hora de abordar sus problemas presentes y futuros. Este programa sirve tanto para prevenir como para remediar.

Es un programa psico-educacional, su función no es en términos de anormalidad-diagnóstico-prescripción-terapia-curación, sino en términos de la enseñanza de actitudes y competencias personales que el individuo puede aplicar para resolver problemas psicológicos presentes y futuros y para potenciar su satisfacción vital. (Gueney et al. 1971 En: Sank y Shaffer, 1993)

El psicó-terapeuta trabaja en forma similar a la de un profesor, los participantes son vistos como estudiantes capaces de aprender y aplicar las técnicas-enseñadas. Concentra su atención en los problemas prácticos de como pueden las personas cambiar su propio comportamiento para afrontar de una manera más satisfactoria los problemas de su vida.

Tanto la terapia cognitivo-conductual como el entrenamiento en competencias de afrontamiento surgieron cuando Albert Ellis (1955, 1958 y 1962) y Aaron Seck (1953, 1970, 1971, 1976) comenzaron a contemplar los procesos cognitivos de los pacientes y la identificación de tales procesos como un aspecto crucial para el progreso terapéutico. Las ideas de ambas formas pioneras constituyen la base del componente de reestructuración cognitiva inherente al programa de competencias de afrontamiento.

Además, debido a que la terapia de conducta estaba siendo desarrollada por Wolpe y Lazarus (1966), la Terapia Racional Emotiva y la Terapia Cognitiva incorporaron muchas de sus técnicas (Ej. Tareas para casa, relajación, ensayos conductuales y auto-registro).

Este programa fue desarrollado a lo largo de siete años en The George Washington University Health Plan, una organización para el mantenimiento de la salud que funciona dentro del George Washington University Medical Center en Washington, D.C. Fue "diseñado con el objetivo de desarrollar un medio breve, de tiempo limitado y económico para enseñar importantes competencias de auto ayuda a pacientes

moderadamente ansiosos o deprimidos”, Sank,L. (1993).

El medio: este programa, originado en un contexto médico, es igualmente apropiado en un entorno de salud institucional o ambulatorio, así como en un despacho de práctica privada: los requisitos necesarios a nivel de espacio y equipos son mínimos, el programa solo requiere de asientos cómodos para los miembros participantes y los terapeutas, la habitación debe ser relativamente silenciosa y garantizar la privacidad. Es recomendable utilizar una disposición en forma de círculo con suficiente espacio entre cada participante para su comodidad de tal manera que se logre un fácil contacto visual de cada uno de los participantes.

Número de participantes: de ocho a doce personas será un número razonable para el buen funcionamiento de un grupo de pacientes moderadamente ansiosos o deprimidos. Para un grupo de paciente gravemente deprimidos se recomienda un grupo de seis a ocho personas.

Contenido de cada sesión: las sesiones del programa están detalladamente estructuradas y cuentan con el material requerido para cada una. Los módulos: el programa de competencias de afrontamiento consiste en cuatro módulos o competencias, que son enseñadas a los pacientes en el curso de 15 sesiones. En nuestro trabajo realizaremos dos sesiones por semana cada una de 60 minutos.

Módulo de Relajación (sesiones 1 y 2):

En este módulo el terapeuta intenta enseñar a los participantes dos acercamientos básicos a la relajación: la respuesta de relajación de Benson (RRB, 1975) y la relajación muscular progresiva de Jacobson (Relajación muscular profunda, RMF, 1938).

Módulo de reestructuración cognitiva (sesiones 3 a 6):

En este módulo se intenta enseñar al paciente formas alternativas de pensar como medio para combatir los problemas derivados del estado de ánimo (depresión, ansiedad, etc), y los trastornos conductuales (fobias, abuso de sustancias, etc). Los patrones disfuncionales o distorsionados de pensamientos son identificados, y a continuación se enseña a los participantes métodos que les van permitir desatir sus pensamientos automáticos (PA) negativos y sustituirlos por respuestas más racionales (RR).

Módulo de entrenamiento en asertividad (sesión 7 a 11):

El entrenamiento en asertividad es un método que permite apoyar un funcionamiento interpersonal más efectivo en el paciente que bien es excesivamente pasivo o demasiado agresivo. Este método pone el acento en el aspecto conductual desarrollado sobre la base de las competencias cognitivas establecidas en el módulo anterior.

Módulo de resolución de problemas (sesión 12 y 13):

La resolución de problemas, enseña a los participantes como pensar respecto a problemas importantes que serían susceptibles de producir un trastorno de tipo cognitivo,

(Ej. disforia) o conductual (Ej. parálisis). Este acercamiento se sistematiza con el fin de permitirnos abordar tanto los problemas de la vida diaria, al igual que otros más graves.

Sesión de cierre o unirlo todo (sesión 14):

En esta sesión se dedica a integrar todo lo aprendido durante el tratamiento.

Evaluaciones Individuales (sesión 15):

Durante esta sesión se realizan entrevista clínicas individuales con el objeto de apreciar los avances en la disminución de la sintomatología inicial, se aplican los instrumentos de evaluación al final de cada entrevista individual y se establece una fecha para una entrevista de seguimiento.

Biblioterapia: los módulos de reestructuración cognitiva y entrenamiento en Asertividad; se sugieren dos libros: "Feeling Good" de Burns (1980) y "When I say No I feel guilty" de Smith (1975), sin embargo, debido a que estos libros no los encontramos localmente en español, se utilizaron los libros: "Tus zonas erróneas" de Dr. Wayne W. Dyer (1978) y "La asertividad: expresión de una sana autoestima" de Olga Castanyer (1996), por su contenido estrechamente relacionado con los temas tratados en los módulos.

CAPITULO II
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Planteamiento del problema

Con la investigación que se plantea surgen una serie de interrogantes que esperamos despejar con el análisis de datos obtenidos; entre estas: ¿Qué tipo de depresión y niveles de ansiedad se encuentran más relacionados con el estado depresivo de las prostitutas?, ¿Cuál es la proporción de trastornos depresivos y de ansiedad en las mujeres que se dedican a la prostitución?, ¿Podrá la Psicoterapia Cognitiva Grupal, disminuir los estados asociados con depresión y ansiedad, en las mujeres que practican la prostitución? Y ¿Qué relación existe entre los niveles de depresión clínica y de ansiedad presentes en grupos de prostitutas?.

2.2. Justificación

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento. Supone una de las patologías más frecuentes en atención primaria, y es la primera causa de atención psiquiátrica y de discapacidad derivada de problemas mentales.

Casi todas las mujeres han padecido alguna vez, uno de los rasgos asociados con la depresión; pero por las faenas diarias que llevan a cabo las mujeres proveedoras de sexo y debido a las expectativas que exige su rol social, la incidencia de la depresión clínica puede ser elevada dentro del grupo de las prostitutas, sobre todo por los

abusos a que son sometidas en campo de trabajo, la violencia doméstica, la pobreza y otros factores, que afectan tremendamente su comportamiento y estado de ánimo.

La depresión clínica, causa la pérdida de alegrías e ilusiones, tensiones en el trabajo y en las relaciones; agrava condiciones médicas e incluso puede llevar al suicidio. Se debe tener presente, que sentir tristeza es normal, estar deprimido no lo es. La severidad, la duración y la presencia de estos síntomas, son lo que diferencian la depresión clínica de la tristeza. Por tal razón, es importante ante el riesgo de evaluación crónica que tienen todos estos trastornos, intervenir oportunamente con medidas activas y dotar de instrumentos psíquicos a las pacientes prostitutas, mediante intervenciones y recursos específicos, que les prevengan de desarrollar estos trastornos o disminuyan su potencial de cronicidad.

La salud de las prostitutas ha estado siempre enfocada hacia las enfermedades de transmisión sexual, pero las nuevas investigaciones demuestran que las mujeres que viven de su sexo, sufren depresión. En este sentido la presente investigación es importante porque permitirá conocer si la Terapia Cognitiva Grupal, ayuda a resolver problemas de depresión y ansiedad en las mujeres que ejercen la prostitución?.

Dentro de los programas específicos de tratamiento, la terapia grupal es un instrumento de calidad, efectivo preventivo, adaptable a la demanda y por lo tanto útil para su aplicación en los Centros de Salud mental Públicos que tratan diferentes trastornos como lo es el caso de la depresión. El grupo permite a las pacientes el cambio

de los pensamientos, las emociones y la conducta alterada por la enfermedad o por los síntomas asociados, mejorando el pronóstico y la evaluación futura.

De esta forma, se espera contribuir con la adhesión del factor de intervención psicológica dentro de los programas de la Clínica de Higiene Social del Centro de Salud de Boca La Caja, que ha sido escogido para la realización de este estudio, de forma tal que se garantice su utilización como parte de la atención que se le brinda a las prostitutas que acuden a ese Centro en busca de ayuda.

2.3. Objetivos de la Investigación

2.3.1. Objetivo general

El objetivo general de este estudio consiste en brindar Psicoterapia Cognitiva Grupal a un grupo de prostitutas que presentan síntomas de depresión clínicamente significativa y de ansiedad, con el fin de conocer la efectividad del tratamiento en estos casos.

2.3.2. Objetivos específicos

- Analizar los tipos de depresión y ansiedad y la proporción de estos trastornos presentes en un grupo de mujeres que se dedican a la prostitución.
- Describir el proceso de aplicación de la Psicoterapia Grupal en prostitutas.

- Evaluar la efectividad de la Psicoterapia grupal en atención de casos de prostitutas con trastornos depresivos y de ansiedad.

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis de Investigación

La hipótesis de investigación que nos hemos planteado es la siguiente: “La Psicoterapia Cognitiva Grupal aplicada a un grupo de mujeres dedicadas a la prostitución, disminuirá los síntomas de depresión y ansiedad que ellas presentan”.

2.4.2. Hipótesis Estadística

- H1:** La Psicoterapia Cognitiva Grupal aplicada a un grupo de mujeres dedicadas a la prostitución disminuye los síntomas de depresión clínicamente significativa.
- H0:** La Psicoterapia Cognitiva Grupal aplicada a un grupo de mujeres dedicadas a la prostitución no disminuye los síntomas de depresión clínicamente significativa.
- H2:** La Psicoterapia Cognitiva Grupal en los casos de depresión clínica si logra modificar niveles de ansiedad en las mujeres que practican la prostitución.
- H0:** La Psicoterapia Cognitiva Grupal en los casos de depresión clínica no logra modificar niveles de ansiedad en las mujeres que practican la prostitución.
- H3:** La puntuación promedio obtenidas del pre - test (BDI) grupo experimental es mayor que en el grupo control.

- H0:** La puntuación promedio obtenida del pre -test (BDI) grupo experimental no es mayor que en el grupo control.
- H4:** La puntuación promedio obtenida en el post-test (BDI) grupo experimental es menor que en el grupo control.
- H0:** La puntuación promedio obtenida en el post-test (BDI) grupo experimental no es menor que en el grupo control.
- H5:** La puntuación promedio obtenida en el pre -test (IDARE) grupo experimental es menor que en el grupo control.
- H0:** La puntuación promedio obtenida en el pre -test (IDARE) grupo experimental no es menor que en el grupo control.
- H6:** La puntuación promedio obtenida en el post -test (IDARE) grupo experimental es menor que en el grupo control.
- H0:** La puntuación promedio obtenida en el pre -test (IDARE) grupo experimental no es menor que en el grupo control.

2.5 Tipo y Diseño de Investigación

Esta investigación corresponde al diseño experimental y es de naturaleza explicativa.

2.5.1. Tipo de investigación

Se trata de un estudio explicativo ya que busca encontrar las razones o causas que provocan ciertos fenómenos. Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; están dirigidos a responder a las causas de los eventos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en que condiciones se da éste, o por qué dos o más variables están relacionadas. Hernández Sampieri (1998).

2.5.2. Diseño de investigación

Por las características de la investigación, se utilizará un diseño experimental pre-prueba y post-prueba, que cuenta con un grupo control. El término experimento puede tener al menos dos acepciones, una general y otra particular. La general se refiere a tomar una acción y después observar las consecuencias. Babbie, (1979).

Es experimental, porque habrá manipulación deliberada de una variable independiente, para analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una o más variables dependientes dentro de una situación de control para el investigador. Hernández Sampieri (1998).

Durante la primera fase de esta investigación, se diagnosticará de forma individual a través de entrevistas clínicas y análisis de casos, aplicando instrumentos que miden la depresión, ansiedad, eventos de vida estresantes y resolución de conflictos.

La segunda fase corresponde a la aplicación del tratamiento de la terapia cognitiva para la depresión, a fin de conocer si se producen cambios significativos en los síntomas depresivos de las mujeres incluidas en el estudio. Beck, (1973).

2.6. Definición de las variables

2.6.1. Identificación de las variables

2.6.1.1. Variable independiente: Psicoterapia Cognitiva Grupal.

2.6.1.2. Variable Dependiente: Depresión y ansiedad

2.6.2. Definición conceptual de las variables

Psicoterapia Cognitiva de grupo para la Depresión: Procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones emocionales. Ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas. Beck, (1973).

Depresión clínicamente significativa: El cuadro que presenta una persona deprimida puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y también en cuanto a su evolución temporal. En algunos casos se trata de formas episódicas y en otros de un estado de síntomas permanentes de modo casi continuo. También puede variar su gravedad: en algunos casos se trata de estados más bien leves y en otros existen deseos o ideación suicida. Pero en general, cualquier persona deprimida es probable que presente un conjunto de signos y síntomas que se pueden reducir a cinco grandes núcleos: síntomas

ánimicos, síntomas motivacionales y conductuales, síntomas cognitivos, síntomas físicos y síntomas interpersonales. Belloch, A. Sandín, B. (1999).

La característica esencial de un trastorno depresivo es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos. (DSM IV).

Severidad de Síntomas Depresivos: Intensidad de las alteraciones clínicamente significativas que presenta el paciente y que son criterios diagnósticos estandarizados en el DSM-IV, para el Trastorno Depresivo.

Sentimientos de Desesperanza: La imposibilidad de representarse una situación futura, en la que alguna adversidad presente se haya superado o al menos disminuido. Las visiones constructivistas de la realidad, y la teoría cognitiva en particular, enseñan que no son los hechos en sí, sino las interpretaciones que de ellos hacemos las que determinan nuestra visión del futuro.

Ansiedad: La ansiedad es un síntoma presente en casi todos los procesos psiquiátricos y a menudo acompaña también cuadros puramente médicos. La ansiedad es un estado emocional con sensación subjetiva desagradable, originada por una hiperactividad del sistema nervioso, provocada por una amenaza potencial, real o imaginaria, y que se manifiesta por síntomas físicos y psíquicos. Vásquez, (1990).

2. 6. 3. Definición operacional de las variables

Modelo de Terapia Cognitiva para la Depresión de Aron Beck

Este Modelo Cognitivo de la Depresión tiene como antecedentes teóricos la Terapia Cognoscitiva que se basa en el modelo psicopatológico, que combina conceptos de la Psicología Cognoscitiva, social, las teorías del procesamiento de la información y psicoanalítica. Sus principios y procedimientos se derivan de elementos teóricos y empíricos.

Una de las premisas fundamentales sostiene que las personas se sienten y actúan de acuerdo con la forma en que interpretan sus experiencias. Cualquier prejuicio en el procesamiento de la información afecta las cogniciones. El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: en concepto de triada cognitiva, organización estructural del pensamiento depresivo y errores en el pensamiento de depresión.

a). El Concepto de la Triada Cognitiva

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrásico.

El primer componente de la triada se centra en la visión negativa del paciente a cerca de sí mismo. Éste se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía y tiende a

atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico.

El segundo componente centra su atención en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar los objetivos, e interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración.

El tercer componente, se centra en la visión negativa del futuro; cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables.

b). Organización Estructural del Pensamiento Depresivo

Este concepto se utiliza para explicar, por qué el paciente depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

En las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad; pero a medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas.

En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincrásicos: está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos, por ejemplo: leer o responder preguntas, o emprender actividades mentales voluntarias: solución de problemas, recuerdos. En tales casos, inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa, que el individuo no responde a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

c). Errores en el Procesamiento de la información

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria, aquí se considera a: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización o minimización, personalización y pensamiento absolutista y dicotómico.

Inferencia Arbitraria (relativo a la respuesta): Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye, o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

Abstracción Selectiva (relativo al estímulo): Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia basándose en ese fragmento.

Generalización Excesiva (relativo a la respuesta): Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas, como a situaciones inconexas.

Maximización o Minimización (relativo a la respuesta): Quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento. Error de tal calibre que constituye una distorsión.

Personalización (relativo a la respuesta): Se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

Pensamiento Absolutista, Dicotómico (relativo a la respuesta): Se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

Objetivos terapéuticos

La Terapia distingue tres objetivos generales en el tratamiento del síndrome depresivo: modificación de los síntomas objetivos, detención y modificación e identificación de los supuestos.

a). **Modificación de los síntomas objetivos.** Consiste en tratar los componentes cognitivos, afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos que conforman el

síndrome. En función de la urgencia y acceso de modificación inicial, el terapeuta inicia su abordaje.

b). Detección y modificación: Consiste en la modificación de los pensamientos automáticos, como productos de las distorsiones cognitivas.

c). Identificación de los Supuestos personales: para hacer énfasis en la modificación de los mismos.

En resumen, los objetivos de tratamiento van dirigidos a la modificación del estado depresivo, desde los factores más sintomáticos (interrelaciones entre cogniciones-afectos-conductas) a los factores **subyacentes** de tipo cognitivo (distorsiones y supuestos personales).

Cabe en este punto, abordar brevemente, y de modo esquemático, algunos síntomas objetivos:

Síntomas Afectivos

a). Tristeza: Hacer sentir autocompasión al paciente (animarle a expresar sus emociones, relatarle historias similares a la suya), cuando tiene dificultad para expresar sus mociones; Utilizar la inducción de cólera con límites temporales; Uso de técnicas distractoras (p.e. atención a estímulos externos, uso de imágenes o recuerdos positivos); utilización prudente del humor; Limitar la expresión de disforia (p.e. agradeciendo la preocupación, de otros pero que está intentando no hablar de sus problemas, quejarse o llorar solo en intervalos programados) y construir un piso bajo la tristeza (auto

instrucciones asertivas de afrontamiento, programar actividades incompatibles en esos momentos, búsqueda alternativa de soluciones, autoaceptación de la tristeza y descatastrofizar consecuencias de estar triste).

b). Períodos de llanto incontrolable: Entrenamiento en distracción, autoinstrucciones asertivas y fijación de límites temporales con autorrefuerzo.

c). Sentimientos de culpa: Preguntar al paciente por qué es responsable, examinar criterios para su culpa y búsqueda de otros factores ajenos al paciente que explicaran ese hecho (retribución). También puede ser útil cuestionar por la utilidad, ventajas y desventajas de la culpa.

d). Sentimientos de vergüenza: Uso de una política abierta (¿Existen cosas de las que se avergonzara en el pasado y ahora no?, ¿Existen cosas de las que otra persona se avergüenza y usted no? (o al contrario). ¿De qué depende? Usar ventajas-inconvenientes y reconocimiento asertivo de errores, en vez de ocultarlos.

e). Sentimientos de cólera: Relajación muscular (p.e mandíbula, puños y abdomen), inoculación al estrés (uso combinado de autoinstrucciones de autocontrol, relajación y uso de alternativas), empatizar con el ofensor (p.e decirle: "Veo que estás en desacuerdo conmigo, me gustaría escuchar tu punto de vista") y rol-playing para considerar el punto de vista ajeno (se representa la escena de ofensa y se hace adoptar al paciente el papel del ofensor).

f). Sentimientos de ansiedad: Jerarquizar situaciones por grados de ansiedad inducida, para facilitar su afrontamiento gradual; uso de actividad física incompatible (p.e botar una pelota, correr, etc.); entrenamiento en distracción; descatastrofizar los eventos anticipados y temidos (p.e valorando su probabilidad real y sus consecuencias anticipadas y su manejo); uso de la relajación y entrenamiento asertivo (en el caso de ansiedad social).

Síntomas cognitivos:

a). Indecisión: Valorar ventajas e inconvenientes de las posibles alternativas; abordar el tema de que a veces las elecciones no son erróneas, sino sólo distintas, y que no existe la certeza absoluta; comprobar si el paciente estructura la situación sin que perciba ganancias en sus decisiones y detectar si hay sentimientos de culpa asociados a las opciones.

b). Percibir los problemas como abrumadores e insuperables: Jerarquizar o graduar los problemas y focalizar el afrontamiento de uno en uno y listar los problemas y establecer prioridades.

c). Autocrítica: Comprobar la evidencia para la autocrítica; ponerse en el lugar del paciente (p.e "Suponga que yo hubiese cometido esos errores, ¿me despreciaría UD. por ello?); ventajas e inconvenientes; rol playing (p.e el terapeuta adopta el papel de alguien que desea aprender una habilidad que posee el paciente; el paciente le va instruyendo, el terapeuta se muestra autocrítico y pide la opinión del paciente al respecto).

d). Polarización ("Todo-Nada"): Buscar los aspectos positivos de los hechos percibidos como totalmente negativos; buscar grados entre los extremos y diferenciar el fracaso en un aspecto del fracaso como persona global.

e). Problemas de memoria y concentración: Ejecución gradual de tareas que proporcionen éxito; uso de reglas mnemotécnicas, buscar criterios para valorar los errores y su base real

f). Ideación suicida: Identificar el problema que se pretende resolver mediante el suicidio; contrato temporal para averiguar motivos; listado con razones para vivir-morir y búsqueda de evidencias; resolución de problemas; inoculación al estrés; anticipar posibilidad o recaídas y plantearlas como oportunidad para la revisión cognitiva.

Síntomas conductuales:

a). Pasividad, evitación e inercia: Programación de actividades graduales; detectar los pensamientos subyacentes a la pasividad, evitación e inercia y comprobar su grado de realidad.

b). Dificultades para el manejo social: Uso de tareas graduales de dificultad; ensayo y modelado conductual, y habilidades sociales.

c). Necesidades reales (laborales, económicas...): Diferenciar problemas reales de distorsiones (en el caso de que parezca un problema no real) y resolución de problemas en el caso de que sea un problema real (p.e. búsqueda de alternativas).

Psicoterapia Cognitiva Grupal para la Depresión

El modelo cognitivo de la depresión, considera que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información. Durante la depresión están activados una serie de esquemas (formas de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones) que la favorecen. Estos esquemas suelen adquirirse en la infancia, pero suelen permanecer latentes (inactivos) y activarse cuando el sujeto se encuentra con situaciones estresantes similares a aquellas en que se formaron.

1. El proceso de intervención consta de quince sesiones de 60 minutos, las cuales se desarrollan dos veces a la semana.
2. Anamnesis de cada paciente.
3. Intervención y Plan de Tratamiento, utilizando la Terapia Cognitiva de Grupo para la Depresión de Aaron Beck.
4. Plan para Metodología de Intervención
5. Intervención Grupal
6. Evaluación de la Terapia

Severidad de los Síntomas:

En el ámbito operativo, definiremos la severidad de los síntomas, como las respuestas a al Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory- BDI).

Ansiedad: Operativamente definiremos “Ansiedad” por medio de las respuestas obtenidas en la prueba “Inventario de Ansiedad Rasgo Estado-IDARE” de Spielberger (State Trait-Anxiety Inventory-STAI).

2.7. Población y Muestra

2.7.1. Población

La población en estudio está compuesta por 69 mujeres prostitutas, del área metropolitana (Panamá), que reciben atención en la Clínica de Higiene Social del Centro de Salud de Boca La Caja. A todas previa realización de historia clínica, se le aplicó en forma individual el Inventario de Depresión de BECK (BDI). Basándose en los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba a las 69 mujeres, encontramos 20 pacientes que presentaban depresión clínicamente significativa. Se seleccionaron aleatoriamente los grupos control y experimental.

2.7.2. Muestra

La muestra está constituida por 20 sujetos (mujeres prostitutas) de la población en estudio, seleccionadas por presentar Depresión Clínicamente Significativa. Los sujetos fueron divididos aleatoriamente en dos grupos: control y experimental, cada uno con 10 participantes.

2.7.2.1. Criterios de selección

- Pertenecer a la Clínica de Higiene Social, en el Centro de Salud de Boca La Caja.
- Deseos de participar en el tratamiento y anuentes a cumplir con responsabilidad las sesiones que se planifiquen.
- Presentar un diagnóstico de Trastorno Depresivo, Depresión Clínicamente Significativa, Diagnóstico previo según (DSM-IV).
- Ejercer la prostitución.
- Cumplir con las condiciones que exija el tratamiento.
- Edad promedio de 18 a 35 años.
- Las pacientes presentan Depresión clínicamente significativa, pero ninguna se encuentra bajo tratamiento farmacológico.

2.7.2.2. Criterios de exclusión

- Faltar a 3 sesiones seguidas en cualquiera de las fases
- Fármaco dependencia

2.8. Técnicas e Instrumentos para la Recolección de los datos

2.8.1. Técnicas

Las técnicas empleadas para obtener los datos necesarios para este trabajo fueron la consulta teórica y la investigación de campo. Además de la Entrevista Clínica.

La consulta teórica abarcó libros, diccionarios, tesis, revistas, folletos, leyes y otros documentos relacionados con el tema. A esta información se le conoce como datos secundarios; es decir, aquellos que ya existen y que han sido publicados con propósitos tal vez distintos a los objetivos de esta investigación.

También se realizaron actividades prácticas de campo, para reunir la información de tipo primaria. En este aspecto, la comunicación personal con directivos y administrativos de la Clínica de Higiene Social del Centro de Salud de Boca La Caja y con las mujeres (prostitutas) que acuden a ese centro, nos llevó a obtener información valiosa sobre los trastornos depresivos presentes en este segmento de la población. Además se utilizó Internet como fuente terciaria de información.

2.8.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la recolección de los datos fueron el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory-BDI) y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado de Spielberger (IDARE) (State Trait Anxiety Inventory-STAI).

La evaluación de la depresión conlleva la realización de una historia clínica general, el análisis funcional-cognitivo y la evaluación diagnóstica correspondientes.. La finalidad de estos cuestionarios es recoger información de los síntomas (p.e intensidad,

frecuencia), distorsiones cognitivas y supuestos personales, que permitan elaborar hipótesis general de los casos.

a). Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory-BDI)

Es un inventario de 21 ítems referente a distintos síntomas depresivos (con relevancia de los cognitivos) que el terapeuta (forma heteroaplicada) o el paciente (forma autoaplicada) evalúan. La puntuación global permite estimar la intensidad de la depresión; y el análisis de los ítems, detectar los síntomas más frecuentes o formular hipótesis sobre su base cognitiva. Se aplicará el Inventario de Beck al inicio del tratamiento y al final del mismo, para ambos grupos.

b). Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado de Spielberger (IDARE) (State Trait Anxiety Inventory-STAI)

El Inventario de la Ansiedad Rasgo – Estado, está constituido por dos escalas separadas de evaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: la llamada Ansiedad – Rango (A-Rango) y la llamada Ansiedad – Estado (A-Estado).

La escala A- Rango del inventario de ansiedad consiste en veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requiere que los sujetos indiquen cómo se siente en un momento dado. Ambas escalas se encuentran impresas en una misma hoja, una de un lado y la otra del otro. La escala A-Estado es designada SXE y la escala A-Rango es designada SXR.

2.9. Estadística utilizada

Para el análisis estadístico de los datos se usó la estadística descriptiva como la estadística inferencial. Se elaboraron tablas de contingencia para obtener la distribución por variables, así como para medir el grado de asociación entre pares de variables.

Para probar o rechazar la hipótesis nula H_0 planteada se utiliza el Chi Cuadrado (X^2) de Karl Pearson.

2.10. Procedimiento

Los pasos que se llevaron a cabo en la investigación son los siguientes:

- Se contactó y coordinó con el Centro de Salud que lleva a cabo el programa, la fecha y las horas en que se procedería a entrevistar y evaluar psicológicamente a las alternadoras que asisten a la Clínica de Higiene Social.
- Se consultaron las fuentes de información disponibles para preparar la revisión bibliográfica, procurando consultar textos y otros documentos actualizados.
- Se hizo una revisión clínica de las pacientes.
- Se realizó el diagnóstico de las pacientes.
- Se preparó el material: registro de datos personales y los dos test a aplicar.

- Los criterios de inclusión y exclusión de la muestra estudiada fue ampliamente verificada.
- Se procedió a la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el inventario de Ansiedad rasgo estado de Spielberger (STAI).
- Para el almacenamiento de datos, se creo una base de datos en el software Epi Info 6.04.
- Aplicación de la Terapia Cognitiva Grupal para la Depresión.
- Aplicación del post-pueba.
- La información recopilada fue clasificada, resumida y analizada. Posteriormente se procedió a la confección de los cuadros y gráficas para cumplir con los objetivos propuestos en el presente estudio.
- Se evaluaron los datos para determinar como influye la psicoterapia grupal en el proceso curativo de las prostitutas que presenten síntomas de depresión clínicamente significativa y de ansiedad.

2.11. Evaluación de los resultados

Para lograr cuantificar los resultados de nuestra investigación, hemos querido recopilar los datos, que nos suministren los pacientes en cuanto a los cambios observados

en su estado emocional. Todo esto a través de los resultados obtenidos en las pre-pruebas y post-pruebas registradas a través de los cuestionarios aplicados a las pacientes participantes de nuestro estudio. Los mismos serán organizados en tablas y gráficas, que determinaran las pruebas estadísticas correspondientes.

2.12. Financiamiento

a. Recursos Propios.

b. Recursos Humanos

Se contó con el apoyo de nuestra asesora de tesis, el médico general que atiende la Clínica de Higiene Social, en el Centro de Salud, una enfermera, además de la encargada de la tesis.

c. Infraestructura

Las sesiones de Terapia, se llevaron a cabo, en el Salón de Promoción, del Centro de Salud Hernando Martíz P. De Boca La Caja. Se trata de una habitación de 15 metros cuadrados, con buena iluminación artificial, sin ventanas y ventilación por aire acondicionado.

d. Presupuesto

El presupuesto estimado para la realización de este proyecto fue de B/. 1,600.00 balboas.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1. Presentación de los Resultados del BDI y el IDARE

Después de haber desarrollado el marco metodológico que sirvió de guía para la realización de este trabajo, se presenta el aspecto cuantitativo de la investigación. Es decir, la representación en cuadro y gráficas de los datos que arrojó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE.).

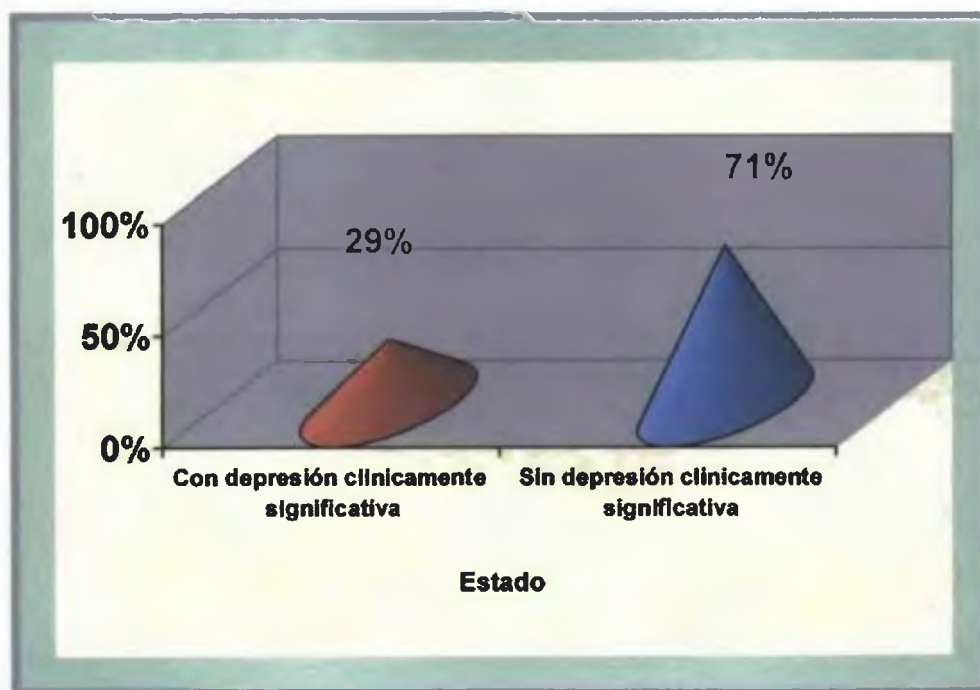
3.1.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depresión Inventory – BDI), se aplicó a 69 prostitutas que reciben atención en la Clínica de Higiene Social del Centro de Salud de Boca La Caja.

De este total de la población general en estudio, 49 (71%) prostitutas no presentaron síntomas de depresión clínicamente significativa, mientras que 20 (29%) de este grupo de mujeres sí presentaron depresión clínicamente significativa, lo cual sirvió de base para constituir la muestra que finalmente quedó dividida en dos subgrupos (experimental y control).

Los resultados obtenidos del Inventario de Depresión de Beck (BDI), aplicado en la primera fase de esta investigación se presentan gráficamente en la siguiente página:

Fig. 2. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depresión Inventory) – BDI, Aplicado a prostitutas que se atienden en la Clínica de Higiene Social - Centro de Salud de Boca La Caja.



FUENTE: Datos recopilados con el BDI.

En el cuadro que se presenta a continuación, se pueden observar los resultados del Pre-Test del Inventario de Depresión de Beck (BDI), aplicado a las prostitutas con depresión Clínicamente Significativa (Grupo Experimental y Grupo Control). Se distingue en el mismo, los rangos de puntuación individual y promedio, así como la clasificación de la depresión según su intensidad en: leve, moderada y grave.

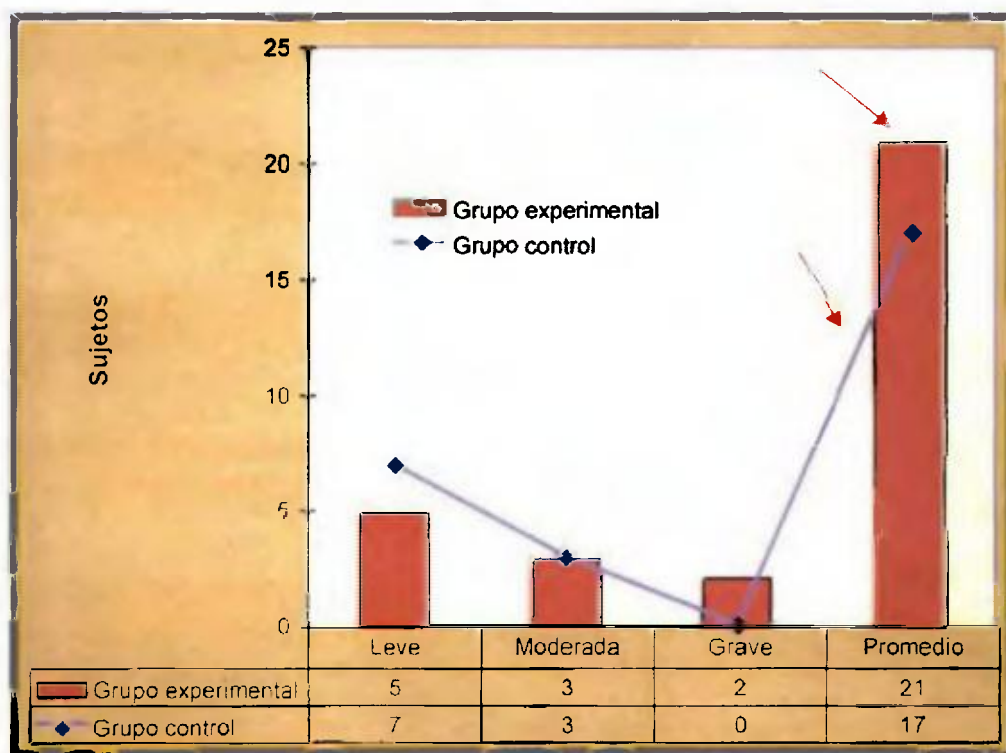
CUADRO II. BDI. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE - TEST. GUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL. APLICADO A PROSTITUTAS QUE SE ATIENDEN EN LA CLÍNICA DE HIGIENE SOCIAL - CENTRO DE SALUD DE BOCA LA CAJA.

GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO CONTROL		
Nº	RANGO DE PUNTUACIÓN	CLASIFICACIÓN	Nº	RANGO DE PUNTUACIÓN	CLASIFICACIÓN
1	35	Grave	1	19	Moderada
2	33	Grave	2	14	Leve
3	15	Leve	3	13	Leve
4	16	Leve	4	15	Leve
5	14	Leve	5	18	Leve
6	25	Moderada	6	11	Leve
7	11	Leve	7	15	Leve
8	27	Moderada	8	16	Leve
9	21	Moderada	9	23	Moderada
10	14	Leve	10	27	Moderada
PROMEDIO	21	Moderada	PROMEDIO	17	Leve

FUENTE: Datos recopilados con el BDI.

Como muestran los resultados del Pre -Test del BDI, tanto en el Grupo Experimental como en el Grupo Control, se reflejan manifestaciones de síntomas depresivos. En el grupo experimental, los rangos de puntuación dieron como resultado una calificación que va desde leve hasta grave. En el grupo control, la calificación varió de leve a moderada. Tales resultados demuestran que el problema depresivo en esta etapa de la investigación era mayor en el grupo experimental, cuyo rango promedio de puntuación fue de 21 (**depresión moderada**), contra 17 (**depresión leve**), en el grupo control. Observar gráfica:

Fig. 3. BDI. Rango de Puntuación obtenida en el Pre – Test. Grupo Experimental y Grupo Control. Aplicado a prostitutas que se atienden en la Clínica de Higiene Social - Centro de Salud de Boca la Caja.



FUENTE: Datos recopilados con el BDI.

En el cuadro que se presenta en la página siguiente, se pueden observar los resultados del Post- Test del Inventario de Depresión de Beck (BDI), aplicado a las prostitutas con depresión clínicamente significativa. Grupo Control y Grupo Experimental.

CUADRO III. BDI. RANGOS DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL POST - TEST. GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL. APLICADO A PROSTITUTAS QUE SE ATIENDEN EN LA CLÍNICA DE HIGIENE SOCIAL - CENTRO DE SALUD DE BOCA LA CAJA.

GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO CONTROL		
N°	RANGO DE PUNTUACIÓN	CLASIFICACIÓN	N°	RANGO DE PUNTUACIÓN	CLASIFICACIÓN
1	19	Leve	1	19	Moderada
2	21	Moderada	2	15	Leve
3	8	Normal	3	12	Leve
4	10	Leve	4	17	Leve
5	14	Leve	5	19	Moderada
6	17	Leve	6	11	Leve
7	7	Normal	7	15	Leve
8	18	Leve	8	17	Leve
9	15	Leve	9	21	Moderada
10	10	Leve	10	26	Moderada
PROMEDIO	14	Leve	PROMEDIO	17	Leve

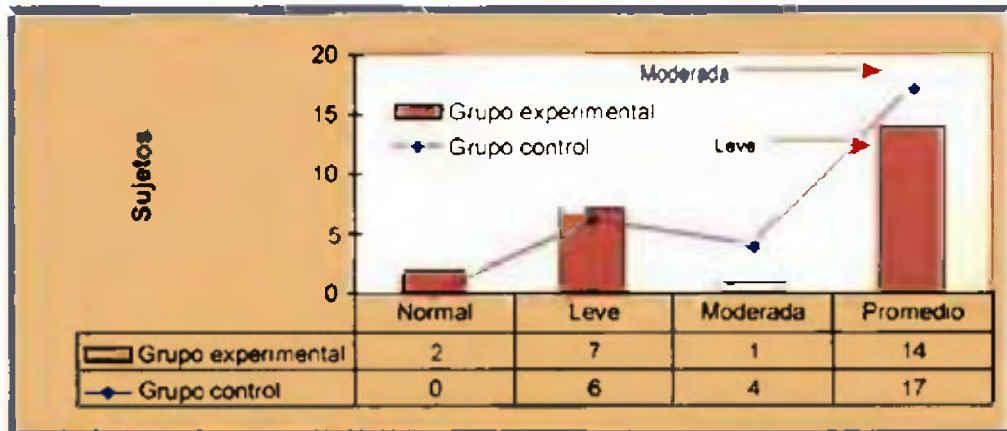
FUENTE: Datos recopilados con el BDI.

Como muestran los resultados del Post - Test del BDI, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, se siguen reflejando manifestaciones de síntomas depresivos. Pero el rango de puntuación en el grupo experimental bajó de 21 a 14, mejorando la calificación de la depresión de moderada a leve. Inclusive después del post-test se registraron dos casos que no reportaban niveles depresivos, mientras que en pre-test se habían registrado dos casos de depresión grave.

En el grupo control no se registró variaciones, las calificaciones de la depresión se dieron entre moderada y leve; es decir, no hubo cambios significativos con respecto

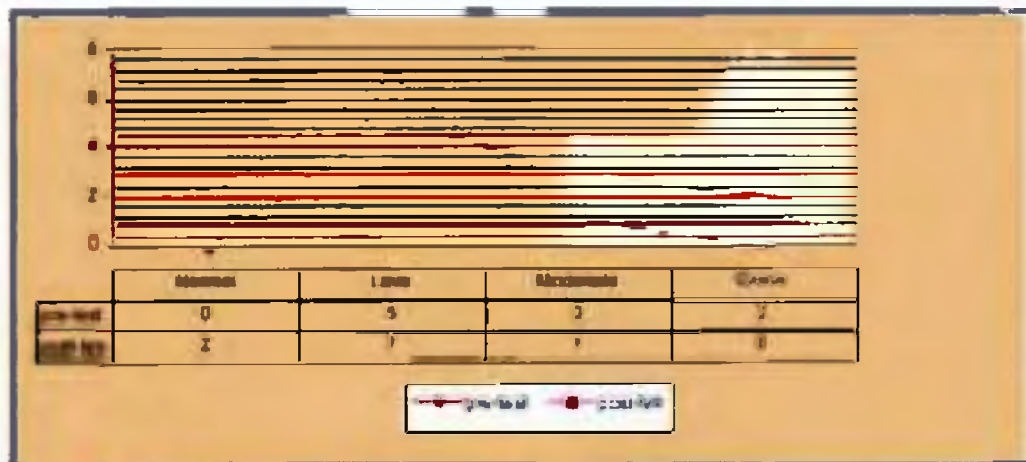
al pre-test; asimismo el rango de puntuación promedio se mantuvo en 17, lo que equivale a una calificación leve. Observar las siguientes gráficas:

Fig.4. BDI. Rangos de Puntuación obtenida en el Post-Test. Grupo Experimental y Grupo Control. Aplicado a prostitutas que se atienden en la Clínica de Higiene Social- Centro de Salud de Boca la Caja.



FUENTE: Datos recopilados con el BDI.

Fig. 5. BDI. Rangos de Puntuación obtenida en el Pre-Test. Y Post- Grupo Experimental.



FUENTE: Datos recopilados con el BDI.

3.1.2. Inventario de Ansiedad Rasgo -Estado

Los resultados del Pre-Test del Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE), para el Grupo Experimental y el Grupo Control se presentan a continuación:

CUADRO IV. IDARE. RANGOS DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE – TEST. GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL. APLICADO A PROSTITUTAS QUE SE ATIENDEN EN LA CLÍNICA DE HIGIENE SOCIAL. CENTRO DE SALUD DE BOCA LA CAJA.

GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO CONTROL		
N°	SXE	SXR	N°	SXE	SXR
1	25	28	1	38	21
2	43	31	2	24	25
3	36	32	3	35	24
4	51	35	4	28	31
5	29	30	5	49	61
6	25	28	6	27	23
7	31	57	7	36	41
8	22	41	8	29	29
9	48	53	9	52	40
10	25	29	10	23	21
PROMEDIO	33	35	PROMEDIO	34	32

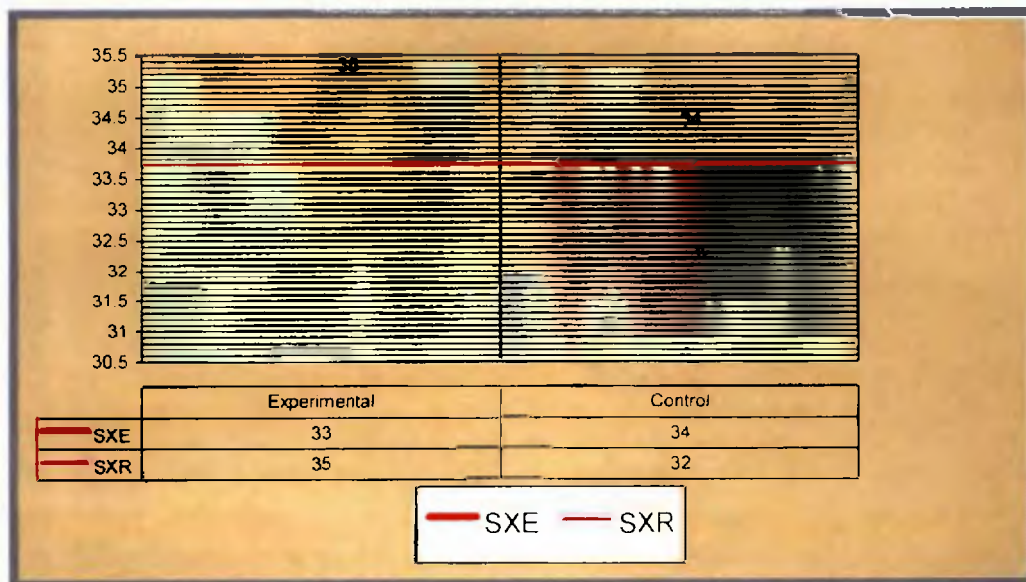
FUENTE: Datos recopilados con el BDI.

Según los datos del cuadro IV, en el grupo experimental la puntuación promedio de A-Estado(SXE) fue de 33, lo cual significa que en ese momento las participantes en el estudio presentaban síntomas de ansiedad transitoria moderada. El promedio A-Rasgo(SXR) era de 35 para este mismo grupo, lo que indica lo que denota un síndrome de ansiedad estable, aunque se mantiene dentro la clasificación moderada .

Para el grupo control, el IDARE mostró un promedio de 34 en A-Estado(SXE), es decir un nivel de ansiedad transitoria - moderada. En este mismo grupo, el promedio A-Rasgo(SXR) fue de 32, lo que indica síntomas de ansiedad estable - moderada.

Cabe destacar, que las normas para calificar el IDARE, la puntuación mínima es de 20 y la máxima de 80; dentro de esta escala, una puntuación por debajo de 20 generalmente es normal y por encima de esa puntuación marca estado de ansiedad, ya sea Estado o Rasgo. Para mayor claridad, basándonos en los mínimos y máximos de la escala, hemos establecido los siguientes rasgos de puntuación: hasta 20 (normal); de 21 -31 (bajo); hasta 41 (moderada) y más de 41 (alto).

Fig. 6. IDARE. Puntuación Promedio A- Rasgo(SXR) y A -Estado(SXE) - Pre-Test - Grupo Experimental y Grupo Control.



FUENTE: Datos recopilados con el IDARE

Los resultados del Post-Test del Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE), para el Grupo Experimental y el Grupo Control se presentan a continuación:

CUADRO V. IDARE. RANGOS DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL POST - TEST. GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL. APLICADO A PROSTITUTAS QUE SE ATIENDEN EN LA CLÍNICA DE HIGIENE SOCIAL - CENTRO DE SALUD DE BOCA LA CAJA.

GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO CONTROL		
Nº	SXE	SXR	Nº	SXE	SXR
1	20	27	1	37	21
2	31	30	2	21	25
3	30	31	3	35	21
4	43	34	4	27	32
5	20	30	5	48	62
6	21	27	6	26	23
7	31	57	7	36	40
8	21	21	8	28	28
9	46	53	9	53	40
10	15	27	10	24	17
PROMEDIO	28	34	PROMEDIO	34	31

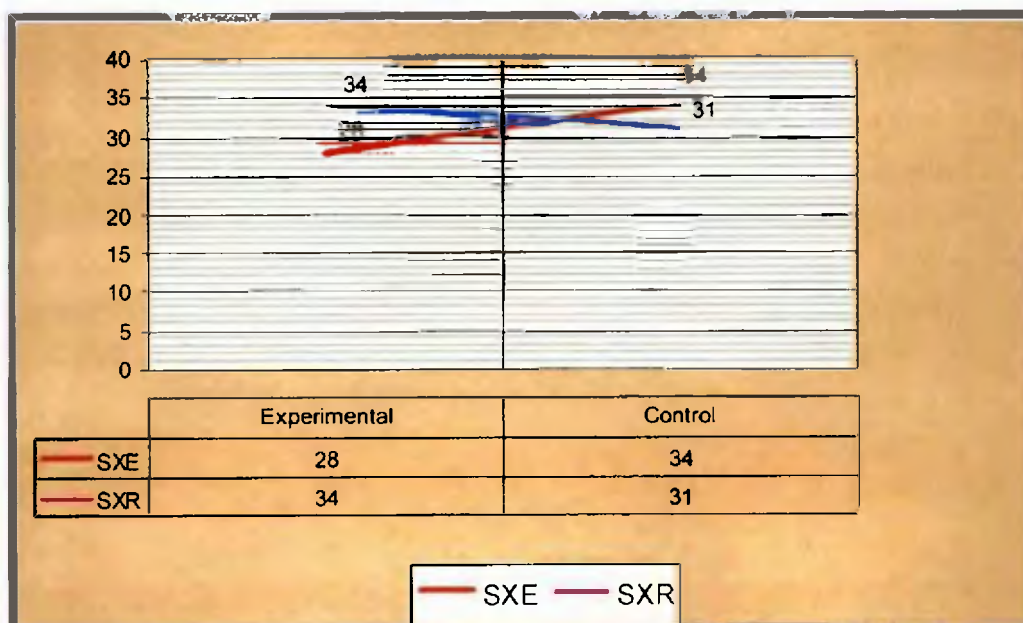
FUENTE: Datos recopilados con el BDI.

Según los datos del cuadro V, en el grupo experimental la puntuación promedio de A-Estado(SXE) fue de 28, un 15% menos que en Pre-Test. Es decir, en este rango la ansiedad transitoria fue aún más baja. Inclusive se registró un caso que paso de ansiedad baja a normal y 4 casos marcaron puntuaciones de 20 y 21 lo que constituye la puntuación mínima dentro de la escala de ansiedad. El promedio A-Rasgo(SXR) de 35 en pre-test, pasó a 34 en el post-test, con una disminución del 2.8%.

Para el grupo control, el IDARE mostró un promedio de 34 en el rasgo A-Estado(SXE), lo cual se mantuvo con respecto al pre-test. En este mismo grupo, el promedio A-Rasgo(SXR) fue de 31, lo que constituye el 2.8% menos que en el pre-test, manteniéndose la condición de ansiedad estable – baja.

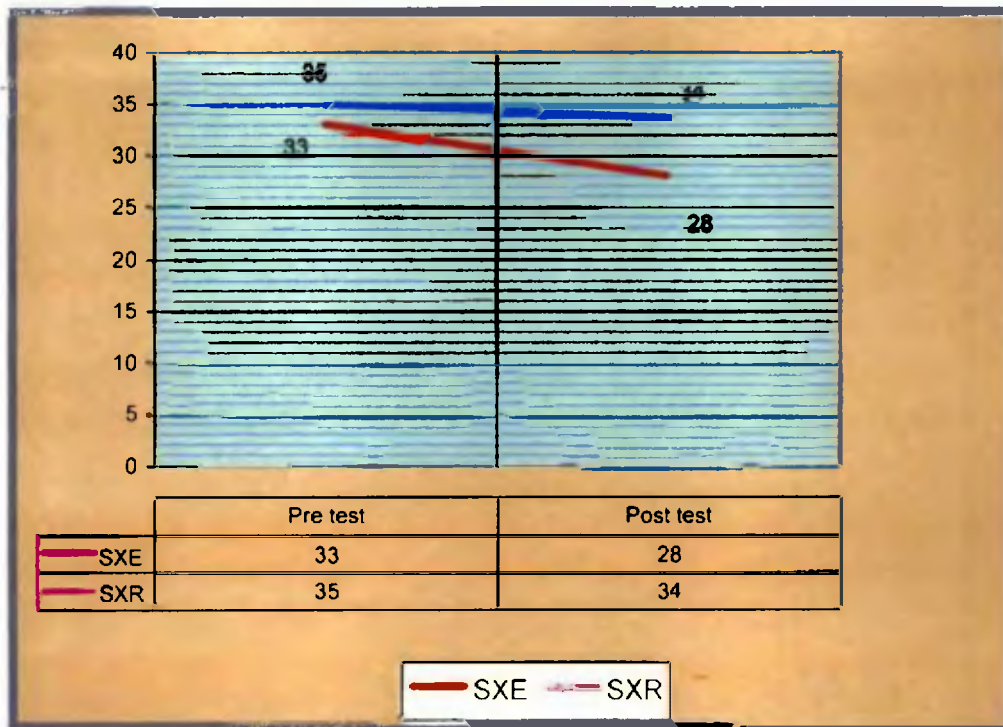
La figura N°7 presentada a continuación, es una representación gráfica de la puntuación promedio Rasgo –Estado obtenida en post –test (grupo experimental y grupo control). La figura N°8 por su parte, establece una relación entre los rangos de puntuación (Rasgo –Estado) obtenida con la aplicación del pre - test y post –test al grupo experimental.

Fig. 7. IDARE. Puntuación Promedio A- Rasgo (SXR) y A –Estado (SXE) - Post - Test - Grupo Experimental y Grupo Control.



FUENTE: Datos recopilados con el IDARE

Fig. 8. IDARI. Rangos de Puntuación obtenida en el Pre – Test. Y Post- Grupo Experimental.



FUENTE: Datos recopilados con el IDARE

3.2. Comparación de los niveles de Depresión y ansiedad Pre – Test y Post –Test.

El cuadro VI que se presenta a continuación, relaciona los datos suministrados por el BDI y el IDARE, en el pre-test y el post-test aplicado al grupo control, a fin de poder determinar con precisión, si se dieron cambios significativos en las pacientes tratadas, producto del tratamiento a través de la Terapia Cognitiva Grupal.

CUADRO VI. BDI - IDARE. RANGOS DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE -TEST Y POST - TEST. GRUPO CONTROL. APLICADO A PROSTITUTAS QUE SE ATIENDEN EN LA CLÍNICA DE HIGIENE SOCIAL - CENTRO DE SALUD DE BOCA LA CAJA.

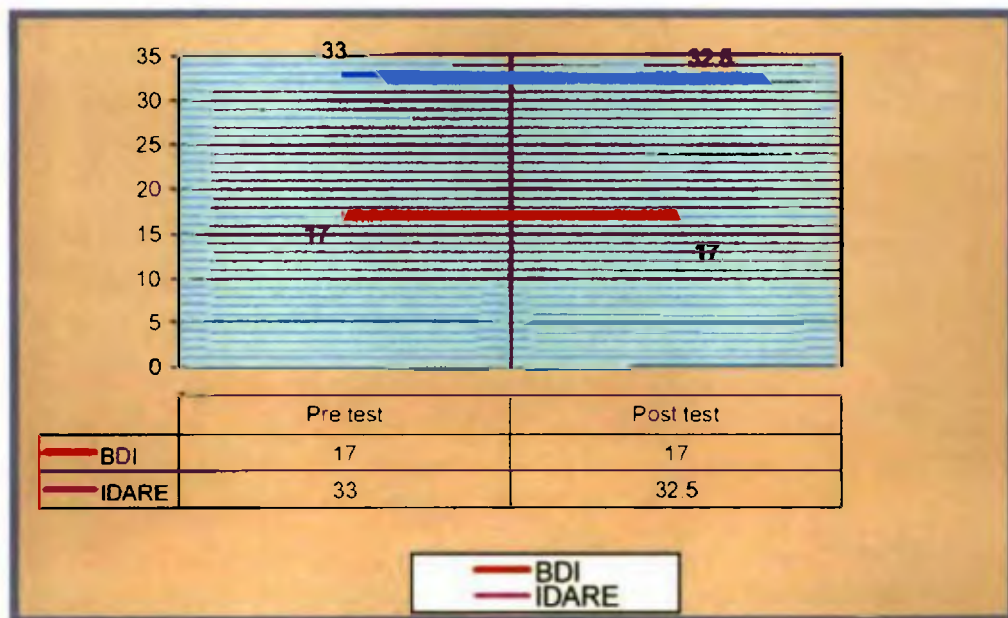
GRUPO CONTROL PRÉ-TEST				GRUPO CONTROL POST-TEST			
N°	BDI	IDARE		N°	BDI	IDARE	
		SXE	SXR			SXE	SXR
1	19	38	21	1	19	37	21
2	14	24	25	2	15	21	25
3	13	35	24	3	12	35	21
4	15	28	31	4	17	27	32
5	18	49	61	5	19	48	62
6	11	27	23	6	11	26	23
7	15	36	41	7	15	36	40
8	16	29	29	8	17	28	28
9	23	52	40	9	21	53	40
10	27	23	21	10	26	24	17
Promedio	17	34	32	Promedio	17	34	31
Desv. Est.	4.6	9.5	12.0	Desv. Est.	4.4	10.5	13.4

FUENTE: Datos recopilados con el BDI Y EL IDARI

Según los datos promedios del cuadro VI, al momento de aplicar los pre-test (BDI- IDARE), las pacientes presentaban un estado depresivo leve, además el estado de ansiedad transitorio era moderado (A-Estado - SXE). Asimismo, el promedio indica características de un padecimiento estable - moderado del síndrome de ansiedad (A-Rasgo - SXR). Tales promedios se mantuvieron en el post - test en el BDI y en la escala A-Estado (SXE) del IDARE. Sólo se dio una variación positiva de 1(3.1%) en la escala A-Rasgo(SXR).

No obstante, la relación de estos datos nos permite afirmar, que todas las pacientes participantes en el estudio, además de presentar depresión clínicamente significativa, también presentan rasgos de ansiedad. Observar gráfica

Fig. 9. BDI - IDARE. Puntuación Promedio obtenida en el Pre - Test. y Post - Test Grupo Control.



FUENTE: Datos recopilados con el BDI- IDARE

Es importante destacar, que una puntuación de 17 en el caso del BDI, corresponde a depresión leve, mientras que una puntuación de 33 en el IDARE puede considerarse como grado de ansiedad dentro del rango moderado.

A continuación se relacionan los datos suministrados por el BDI y el IDARE, en el pre-test y el post-test del grupo experimental.

CUADRO VII. BDI - IDARE. RANGOS DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE -TEST Y POST - TEST. GRUPO EXPERIMENTAL. APLICADO A PROSTITUTAS QUE SE ATIENDEN EN LA CLÍNICA DE HIGIENE SOCIAL - CENTRO DE SALUD DE BOCA LA CAJA.

GRUPO EXPERIMENTAL PRE- TEST				GRUPO EXPERIMENTAL POST- TEST			
N°	BDI	IDARE		N°	BDI	IDARE	
		SXE	SXR			SXE	SXR
1	35	25	28	1	19	20	27
2	33	43	31	2	21	31	30
3	15	36	32	3	8	30	31
4	16	51	35	4	10	43	34
5	14	29	30	5	11	20	30
6	25	25	28	6	17	21	27
7	11	31	57	7	7	31	57
8	27	22	31	8	18	21	21
9	21	48	53	9	15	46	53
10	14	25	29	10	10	15	27
Promedio	21	33	35	Promedio	14	28	34
Desv. Est.	8.1	10.0	10.0	Desv. Est.	5.0	10.3	11.8

FUENTE: Datos recopilados con el BDI Y EL IDARI

Según los datos promedios del cuadro VII, (grupo experimental), al momento de aplicar los pre-test (BDI- IDARE), las pacientes presentaban un estado depresivo moderado, además todas mostraban estado de ansiedad transitoria moderada (A-Estado - SXE); así mismo presentaban características de un padecimiento estable del síndrome de ansiedad (A-Rasgo - SXR).

Tales promedios variaron en el post -test en el BDI en donde el estado depresivo bajó 7 puntos: de 21 a 14 (33%) y así el nivel de depresión de moderado a

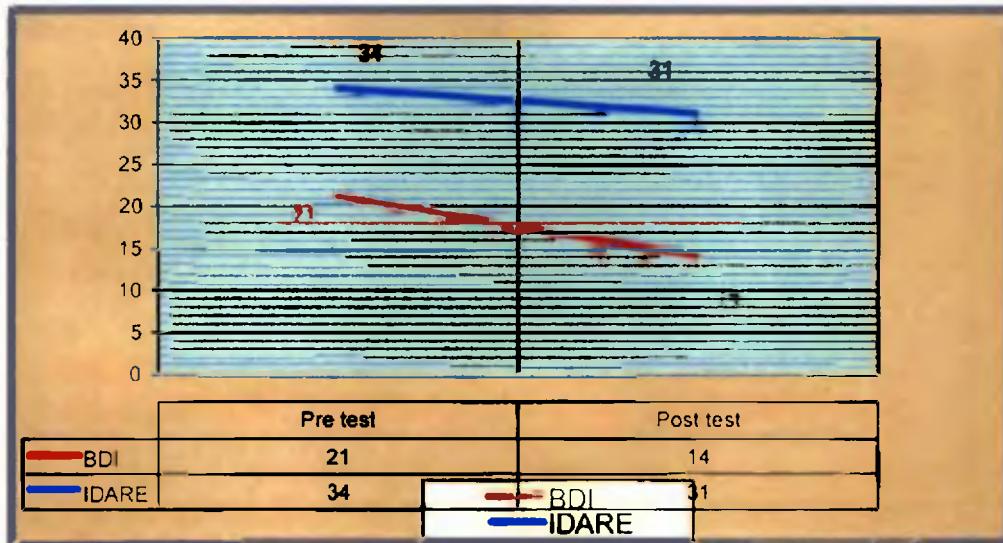
leve. En la escala A- Estado (SXE) del IDARE, se dio una variación positiva de 5 (15%) puntos; es decir de 33 puntos en el pre-test varió a 28 puntos en el post-test, disminuyendo así los niveles promedios de ansiedad estado, de la condición moderada a baja. Inclusive, 3 (30%) sujetos de la muestra presentaron una condición normal.

En la escala A-Rasgo(SXR), se observó una variación de 35 en el pre- test a 34 puntos en el post -test. Se trata de una disminución promedio del 2.8% en los niveles totales de ansiedad rasgo, pero se mantuvo su condición moderada. Sin embargo, es importante destacar, que a escala individual, también se reflejaron signos positivos: los casos de ansiedad baja después del post test aumentaron a siete (7), lo cual significa que con la Psicoterapia Grupal dos (2) sujetos mejoran su condición.

La relación de los datos del pre-test y el post - test, en el grupo experimental nos permiten afirmar, que todas las pacientes (prostitutas) participantes en el estudio, además de presentar depresión clínicamente significativa, también presentan rasgos de ansiedad; pero tanto los niveles de depresión como de ansiedad disminuyeron con la aplicación de la Psicoterapia Grupal Cognitiva. Sólo un (1) caso se mantuvo en la condición de ansiedad moderada y dos (2) dentro del rango de ansiedad alta de la escala.

Observar gráfica.

Fig. 10. BDI - IDARI. Puntuación Promedio obtenida en el Pre - Test, y Post - Test. Grupo Experimental.



FUENTE: Datos recopilados con el BDI- IDARE

3.3. Preguntas de Investigación

Los resultados de la investigación resumidos en los cuadros estadísticos, nos sirven de base en este punto para dar respuesta a las preguntas de investigación, las cuales se presentan a continuación:

- ¿Qué tipo de depresión y niveles de ansiedad se encuentran más relacionados con el estado depresivo de las prostitutas?.

Los datos del cuadro II y IV, nos permiten responder a esta pregunta. Según el cuadro II, después de aplicar el pre -test, se determinó que las prostitutas participantes en el estudio, presentaban diferentes síntomas de depresión, que según la escala del

BDI, se clasifican dentro del rango de: depresión leve, depresión moderada y depresión grave.

De acuerdo al cuadro IV, los resultados del pre-test (IDARE), demostraron que en las prostitutas participantes en el estudio estaban presentes dos (2) situaciones típicas de los estados de ansiedad: un estado de ansiedad transitorio (A-Estado -SXE) y un estado de ansiedad estable (A-Rasgo -SXL). En ambos casos las puntuaciones variaban en la escala entre los rangos: bajo, moderado y alto.

- ¿Cuál es la proporción de trastornos depresivos y de ansiedad en las mujeres que se dedican a la prostitución?

De acuerdo a los datos representados en la figura 2, la presencia de trastornos depresivos en las mujeres que se dedican a la prostitución es elevada. En el caso de este estudio, de una población de 69 prostitutas, 20 (29%) de éstas presentaba síntomas de depresión clínicamente significativa al momento de practicar el pre-test - BDI. Asimismo, según los datos del cuadro IV, las 20 prostitutas participantes en el estudio, también presentaban síntomas de ansiedad.

- ¿Podrá la Psicoterapia Grupal disminuir los estados asociados con depresión y ansiedad, en las mujeres que practican la prostitución?

Los resultados de la investigación recopilados en los cuadros III, IV Y VII, nos permiten afirmar que sí. Y es que con la Psicoterapia Cognitiva Grupal, el estado

depresivo promedio se redujo en 33% y así el nivel bajó de moderado a leve. A nivel individual, inclusive se dieron 2 casos en donde no se encontraban niveles depresivos.

En la escala de ansiedad A- Estado (SXE) el promedio del grupo indica que se dio una variación positiva, inclusive, 3 de los sujetos de la muestra, después de la Terapia Cognitiva Grupal presentaron una condición normal. En la escala A-Rasgo (SXR), también se reflejaron efectos positivos, con variaciones en la escala que denotan la mejoría de las pacientes. .

- ¿Qué relación existe entre los niveles de depresión clínica y de ansiedad presentes en las prostitutas”

Existe una relación directa como se puede ver los diferentes cuadros presentados y demás información estadística, debido a que un estado va asociado con el otro. Es decir, en todos los casos en donde se determinó depresión también se encontraron rasgos de ansiedad.

3.4. Análisis Estadístico e Interpretación

3.4.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Con base a la información recopilada y analizada previamente, se presenta ahora el cuadro resumen que sustenta la relación entre las variables fundamentales: Depresión desde el punto de vista del Pre- Test y el Post –Test. (BDI)

CUADRO VIII. RESUMEN VARIABLE DEPRESIÓN - BDI - PRE- TEST Y POST-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL.

CONDICIÓN	PRUEBA	
	PRE -TEST	POST -TEST
Con Depresión	10	8
Sin Depresión	0	2
TOTAL	10	10

FUENTE: BDI

Para Aceptar o rechazar la hipótesis nula (H_0) planteada, debemos hacer un análisis estadístico en base al Chi - Cuadrado de Karl Pearson.

La chi – cuadrada, denotada por la letra griega χ^2 , es frecuentemente usada para probar hipótesis concerniente a la diferencia entre un conjunto de frecuencias observadas de una muestra, y un conjunto correspondiente de frecuencias teóricas o esperadas. Una chi – cuadrada es un estadístico muestral que nos permite saber si las diferencias que se observan entre varias proporciones muestrales es significativa o debida sólo al azar.

Una chi – cuadrado de cero, indica que las frecuencias observadas se ajustan exactamente a las frecuencias esperadas. El valor de chi – cuadrado nunca podrá ser negativo, ya que las diferencias entre las frecuencias observadas y las esperadas están siempre al cuadrado. Por otro lado, mientras mayor es el valor de χ^2 , mayor es la diferencia entre las frecuencias observadas, lo cual nos llevaría a determinar que las diferencias son significativas.

Para usar la prueba mencionada, se debe calcular el número de grados de libertad de la tabla de contingencia, la cual está formada por las filas y columnas así: N° de grados = $(N^{\circ}$ de filas - 1) $(N^{\circ}$ de columnas - 1).

Para números muy pequeños de grados de libertad, la distribución de chi-cuadrado es bastante puntiaguda hacia la derecha. A medida que crece el número de grados de libertad, la curva se vuelve rápidamente más simétrica hasta que el número alcanza valores grandes y en este punto la distribución se aproxima a la normal.

La prueba de hipótesis chi-cuadrado va a ser utilizada en este estudio, en vista de que responde adecuadamente al objetivo de nuestra investigación, el cual es de comprobar básicamente si la Psicoterapia Grupal Cognitiva aplicada a un grupo de prostitutas, disminuye los estados de depresión y ansiedad.

A continuación se presenta una tabla de contingencia de dos entradas, la cual muestra la relación entre los valores observados, obtenidos en la investigación y los valores esperados o teóricos calculados a partir de ellos.

CUADRO IX: BDI: TABLA DE CONTINGENCIA -RELACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y EL POST-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL.

CONDICIÓN	PRUEBA		TOTAL
	PRE-TEST	POST-TEST	
Con depresión.	A=10 9	B=8 9	18
Sin depresión	C=0 1	D=2 1	2
TOTAL	10	10	20

FUENTE: DBI

Presentamos ahora los cálculos necesarios para encontrar los valores que aparecen en el Cuadro IX:

$$A = \frac{A+C}{\text{TOTAL}} (A+B)$$

$$A = \frac{10+0}{20} (10+8)$$

$$A = \frac{18}{20} (18)$$

$$A = 9$$

$$B = \frac{B+D}{\text{TOTAL}} (B+A)$$

$$B = \frac{8+2}{20} (10+8)$$

$$B = \frac{10}{20} (18)$$

$$B = 9$$

$$C = \frac{C+A}{\text{TOTAL}} (C+D)$$

$$C = \frac{0+10}{20} (0+2)$$

$$C = \frac{10}{20} (2)$$

$$C = 1$$

$$D = \frac{D+B}{\text{TOTAL}} (C+D)$$

$$D = \frac{2+8}{20} (2)$$

$$D = \frac{10}{20} (2)$$

$$D = 1$$

Con los resultados del Cuadro IX, se procede a realizar el análisis de aproximación estadística. A continuación los resultados:

$$A = \frac{(10-9)^2}{9} = 0.1$$

$$B = \frac{(8-9)^2}{9} = 0.1$$

$$C = \frac{(0-1)^2}{1} = 1.0$$

$$D = \frac{(2-1)^2}{1} = 1.0$$

$$X = 2.2$$

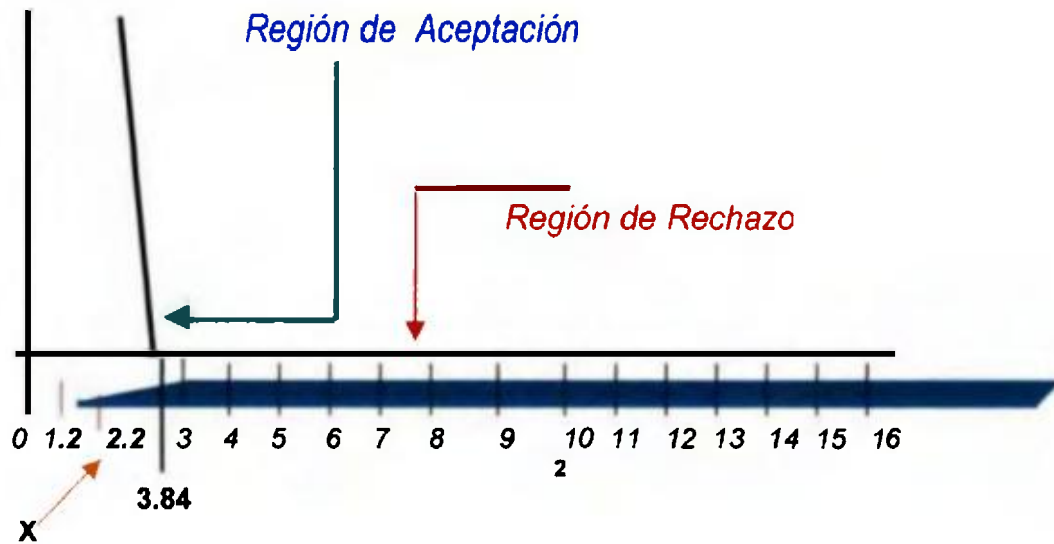
La significación estadística es de $p.05$ de error con grado de libertad igual a 1.

El grado de libertad se calcula así:

$$(N^{\circ} \text{ de filas} - 1) (N^{\circ} \text{ de columnas} - 1) = (2-1) (2-1) = 1$$

De acuerdo a estos datos, el valor crítico o tabular para hipótesis de una cola es igual a 3.84, según se puede ver en la tabla que presentamos en los anexos. La representación gráfica sería como se presenta en la figura a continuación:

Fig. N°11 DISTRIBUCIÓN DE CHI- CUADRADO PARA UN GRADO DE LIBERTAD



El valor absoluto o calculado es igual a: $X = 2.2$, lo que quiere decir que el valor calculado es menor que el valor crítico que es de 3.84, por lo cual se **acepta la hipótesis** de investigación (H_i), “la Psicoterapia Cognitiva Grupal aplicada a un grupo de mujeres dedicadas a la prostitución disminuye los síntomas de depresión clínicamente significativa” y se rechaza la hipótesis nula (H_0), “la Psicoterapia Cognitiva Grupal aplicada a un grupo de mujeres prostitutas, no disminuye los síntomas de depresión clínicamente significativa”.

Este hecho nos permite sustentar nuestra hipótesis de investigación que textualmente dice: “La Psicoterapia Grupal aplicada a un grupo de mujeres dedicadas a la prostitución, disminuirá los síntomas de depresión y ansiedad en ellas presentes”.

PRUEBA DE HIPÓTESIS: CAMBIO DEL GRUPO EXPERIMENTAL PRE-POST CON BECK

Ho: NO EXISTE UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACIÓN CON EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK, LUEGO DE MEDIAR EL TRATAMIENTO EN EL GRUPO EXPERIMENTAL TODA PRUEBA DE HIPÓTESIS SE HACE EN TORNO A Ho. LO QUE BUSCAMOS ES ENCONTRAR RESULTADOS TAN EXTREMOS (DIFERENTES ENTRE PRE Y POST) QUE SEA POCO PROBABLE QUE ESTAS DIFERENCIAS SE DEBAN AL SIMPLE AZAR. USANDO UNA ALFA DE 0.05, RECHAZAMOS LA Ho SI EXISTE UNA $p < 0.05$ DE QUE LAS DIFERENCIAS OBSERVADAS SE DEBAN SÓLO AL AZAR. PARA ESTO UTILIZAMOS UN ESTADÍSTICO DE PRUEBA: LA PRUEBA t PARA MEDIAS DEPENDIENTES (ESTO ES, PARA MEDICIONES O PUNTAJES DE LAS MISMAS PERSONAS, COMPARACIÓN INTRASUJ.) EXPERIMENTAL DEPRESIÓN.

EXPERIMENTAL

DEPRES.

PRETEST POSTEST

35	19
33	21
15	8
16	10
14	11
25	17
11	7
27	18
21	15
14	10

LA DIFERENCIA ENCONTRADA ENTRE LAS PUNTUACIONES PRETEST Y POSTEST ES SIGNIFICATIVA. ES POCO PROBABLE ($p < 0.05$) QUE ESTA DIFERENCIA SE DEBA SÓLO AL AZAR. POR TANTO, PODEMOS RECHAZAR LA H_0 . Y SUSTENTAR LA H_a . ESTO QUIERE DECIR QUE LUEGO DE APLICAR EL TRATAMIENTO LOS NIVELES DE DEPRESIÓN, MEDIDOS CON BECK, DISMINUYERON SIGNIFICATIVAMENTE.

PRUEBA DE HIPÒTESIS: CAMBIO DEL GRUPO CONTROL PRE-POST CON BECK

H_0 : NO EXISTE UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACIÓN CON EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK, EN EL GRUPO CONTROL

PRETEST	POSTEST
19	19
14	15
13	12
15	17
18	19
11	11
15	15
16	17
23	21
27	26

NO SE ENCONTRARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS PUNTUACIONES PRE Y POSTEST, EN EL GRUPO CONTROL NO EXISTE SUFICIENTE EVIDENCIA PARA RECHAZAR LA H_0 . LOS NIVELES DE DEPRESIÓN REPORTADOS POR LOS SUJETOS DEL GRUPO CONTROL NO PRESENTAN UNA VARIACIÓN SIGNIFICATIVA ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACIÓN CON EL INVENTARIO DE BECK.

PRUEBA DE HIPÓTESIS: COMPARACIÓN GRUPO EXPERIMENTAL-CONTROL, POSTEST

H_0 : en la segunda evaluación, el grupo experimental presenta un nivel de depresión igual o mayor al presentado por el grupo control.

EXPERIMENTAL CONTROL

19	19
21	15
8	12
10	17
11	19
17	11
7	15
18	17
15	21
10	26

EN ESTE CASO, LA ESTADÍSTICO DE PRUEBA ES: Prueba t de Student para medias o medidas independientes, es decir, al comparar las puntuaciones de sujetos diferentes.

Student's t Test for independent samples / left one-tailed test:

Assume the equality of the two theoretical variances

Student's t observed value (df = 18): -1.712

P-value: 0.052

One-tailed test: the p-value is compared with the significance level $\alpha = 0.050$

Student's t critical value (df = 18): -1.734

No existe suficiente evidencia para rechazar la H_0 . Las diferencias encontradas en las puntuaciones posttest del grupo experimental y control no difieren significativamente. Pero es necesario señalar que ya desde el pretest el grupo control presentaba un nivel de depresión leve (en promedio) y su situación no varió en el posttest. Sin embargo, el grupo experimental de un nivel de depresión moderada bajó a leve en el posttest, aunque las diferencias observadas en el posttest entre control y experimental sean mínimas.

3.4.2. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado –IDARE

Se utiliza la misma prueba estadística (Chi - Cuadrado de Karl Pearson) para la evaluación de los resultados del IDARE, en la escala A-Estado –SXE, que fue donde se dieron mayores variaciones.

CUADRO X. IDARE - RESUMEN - VARIABLE ANSIEDAD - TEST Y POST-TEST - GRUPO EXPERIMENTAL - NIVELES DE ANSIEDAD - A- ESTADO-SXE

CONDICIÓN	PRUEBA		TOTAL
	PRE -TEST	POST -TEST	
Normal	0	3	3
Ansiedad	10	7	17
TOTAL	10	10	20

FUENTE: IDARE

CUADRO XI: IDARE. TABLA DE CONTINGENCIA - RELACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y EL POST-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL - NIVELES DE ANSIEDAD -A- ESTADO -SXE.

CONDICIÓN	PRUEBA		TOTAL
	PRE -TEST	POST-TEST	
Con depresión	A= 0 1.5	B= 3 1.5	3
Sin depresión	C= 10 8.5	D= 7 8.5	17
TOTAL	10	10	20

FUENTE: IDARE

A continuación se presentan los cálculos necesarios para encontrar los valores que aparecen en el Cuadro XI:

$$A = \frac{A+C}{\text{TOTAL}} (A+B)$$

$$B = \frac{B+D}{\text{TOTAL}} (B+A)$$

$$A = \frac{0+10}{20} (0+3)$$

$$A = \frac{10}{20} (3)$$

$$A = 1.5$$

$$B = \frac{3+7}{20} (3+0)$$

$$B = \frac{10}{20} (3)$$

$$B = 1.5$$

$$C = \frac{C+A}{\text{TOTAL}} (C+D)$$

$$C = \frac{10+0}{20} (10+7)$$

$$C = \frac{10}{20} (17)$$

$$C = 8.5$$

$$D = \frac{D+B}{\text{TOTAL}} (C+D)$$

$$D = \frac{7+3}{20} (17)$$

$$D = \frac{10}{20} (17)$$

$$D = 8.5$$

Con los resultados del Cuadro XI, se procede a realizar el análisis de aproximación estadística:

$$A = \frac{(0-1.5)^2}{1.5} = 1.5$$

$$B = \frac{(3-1.5)^2}{1.5} = 1.5$$

$$C = \frac{(10 - 8.5)^2}{8.5} = 0.26$$

$$D = \frac{(7 - 8.5)^2}{8.5} = 0.26$$

$$\chi^2 = 3.52$$

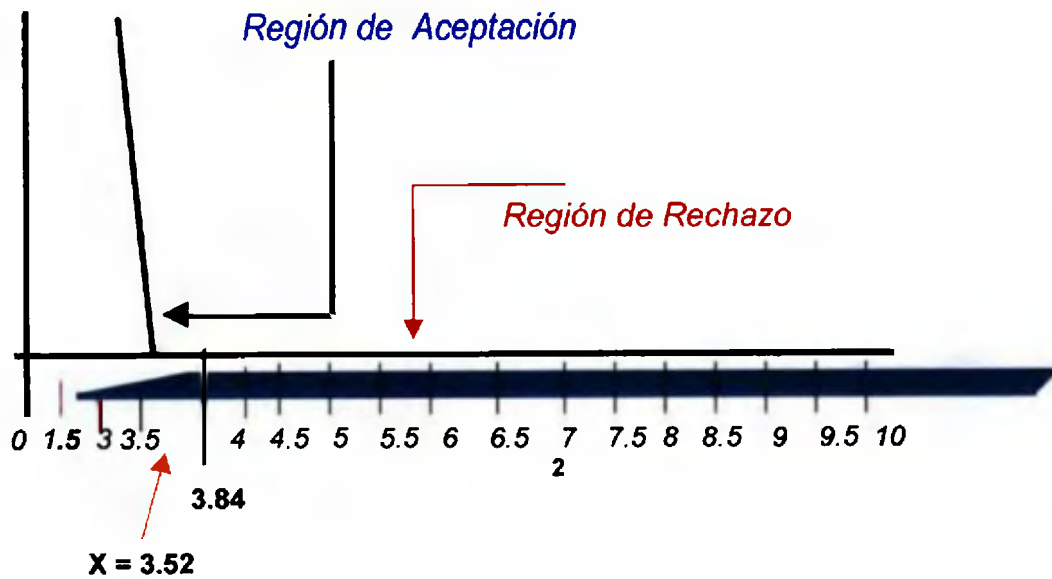
La significación estadística es de **p.05** de error con grado de libertad igual a 1.

El grado de libertad se calcula así:

$$(N^\circ \text{ de filas} - 1) (N^\circ \text{ de columnas} - 1) = (2-1) (2-1) = 1$$

De acuerdo a estos datos, el valor crítico o tabular para hipótesis de una cola es igual a 3.84, según se puede ver en la tabla que presentamos en los anexos. La representación gráfica sería como se presenta en la figura a continuación:

Fig. N°12 DISTRIBUCIÓN DE CHI- CUADRADO PARA UN GRADO DE LIBERTAD



El valor absoluto o calculado es igual a: $X = 3.52$, lo que quiere decir que el valor calculado es menor que el valor crítico que es de 3.84, por lo cual se acepta la hipótesis de investigación (H_2) que establece: "La psicoterapia Cognitiva Grupal en los casos de Depresión Clínica sí logra modificar niveles de ansiedad en las mujeres que practican la prostitución" y se rechaza la hipótesis nula (H_0), "La Psicoterapia Cognitiva Grupal en los casos de Depresión Clínica no logra modificar niveles de ansiedad en las mujeres que practican la prostitución".

EXPERIMENTAL SXE

Ho: NO EXISTE UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACIÓN CONSIDERANDO LA ANSIEDAD ESTADO, LUEGO DE MEDIAR EL TRATAMIENTO EN EL GRUPO EXPERIMENTAL ESTADÍSTICO DE PRUEBA: PRUEBA t PARA MEDIAS DEPENDIENTES

Samples sizes and parameters:

	Sample size	Mean	Variance	Standard-deviation
Sample 1	10	33.500	109.833	10.480
Sample 2	10	27.800	107.289	10.358
Difference	10	5.700	16.233	4.029

Student's t Test for paired samples / Two-tailed test:

Student's t observed value (df = 9): 4.474

P-value: 7.73E-04

Two-tailed test: the p-value is compared with the significance level $\alpha/2 = 0.025$

Student's t critical value (df = 9): 2.263

LA DIFERENCIA OBSERVADA EN LAS PUNTUACIONES PRE-POST PARA ANSIEDAD ESTADO DEL GRUPO EXPERIMENTAL RESULTÒ SIGNIFICATIVA. LOS NIVELES DE ANSIEDAD ESTADO SON SIGNIFICATIVAMENTE MENOR EN LA SEGUNDA EVALUACIÓN, LUEGO DE MEDIAR EL TRATAMIENTO.

EXPERIMENTAL SXR

Ho: NO EXISTE UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACIÓN CONSIDERANDO LA ANSIEDAD RASGO, LUEGO DE MEDIAR EL TRATAMIENTO EN EL GRUPO EXPERIMENTAL

Student's t Test for paired samples / Two-tailed test:

Student's t observed value (df = 9): 1.802

P-value: 0.053

Two-tailed test: the p-value is compared with the significance level $\alpha/2 = 0.025$

Student's t critical value (df = 9): 2.263

NO SE ENCONTRÒ SUFICIENTE EVIDENCIA PARA RECHAZAR Ho. LOS VARIACIONES OBSERBADAS EN LAS PUNTUACIONES PRE-POST NO SON SIGNIFICATIVAS.

CONTROL SXE

Ho: NO EXISTE UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LA PRIMERA Y LA SEGUNDA EVALUACIÓN CONSIDERANDO LA ANSIEDAD ESTADO, EN LE GRUPO CONTROL ESTADÍSTICO DE PRUEBA: PRUEBA t PARA MEDIAS DEPENDIENTES.

NO SE PUEDE RECHAZAR Ho. LA DIFERENCIA ENTRE LAS PUNTUACIONES PRE-POST NO SON SIGNIFICATIVAS

CONTROL SXR

Ho: NO EXISTE UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACIÓN CONSIDERANDO LA ANSIEDAD RASGO, EN EL GRUPO CONTROL

Student's t Test for paired samples / Two-tailed test:

Student's t observed value (df = 9): 1.353

P-value: 0.105

Two-tailed test: the p-value is compared with the significance level $\alpha/2 = 0.025$

Student's t critical value (df = 9): 2.263

NO SE PUEDE RECHAZAR Ho. LA DIFERENCIA ENTRE LAS PUNTUACIONES PRE-POST NO SON SIGNIFICATIVAS

COMPARACIÓN SXE

Ho: en la segunda evaluación, el grupo experimental presenta un nivel de ANSIEDAD ESTADO igual o mayor al presentado por el grupo control

Student's t Test for independent samples / left one-tailed test

Assume the equality of the two theoretical variances

Student's t observed value (df = 18): -1.224

P-value: 0.118

One-tailed test: the p-value is compared with the significance level $\alpha = 0.050$

Student's t critical value (df = 18): -1.734

LAS DIFERENCIAS OBSERVADAS EN SXE ENTRE GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL NO SON SIGNIFICATIVAS.

COMPARCIÓN SXR

Ho: en la segunda evaluación, el grupo experimental presenta un nivel de ANSIEDAD RASGO igual o mayor al presentado por el grupo control

Student's t Test for independent samples / left one-tailed test:

Assume the equality of the two theoretical variances

Student's t observed value (df = 18): 0.495

P-value: 0.687

One-tailed test: the p-value is compared with the significance level $\alpha = 0.050$

Student's t critical value (df = 18): -1.734

LAS DIFERENCIAS OBSERVADAS EN SXR ENTRE GRUPO EXP Y CONTROL NO SON SIGNIFICATIVAS.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

Terminada la investigación llegamos a las siguientes conclusiones:

- La depresión es un trastorno del estado de ánimo y existen varios tipos de acuerdo a la intensidad de los síntomas. Por su naturaleza, se puede decir con certeza que esta enfermedad siempre ha estado presente en los adultos (hombres y mujeres); pero con más frecuencia e intensidad en aquellos que llevan una vida agitada, de desasosiego e incertidumbre, como es el caso de las prostitutas.
- Del total de prostitutas que se atienden en la Clínica de Higiene Social del Centro de Salud de Boca La Caja, sólo el 29% presentaban depresión clínicamente significativa al momento de aplicar Inventario de DBI para la selección de la muestra.
- Según la pre – prueba BDI, inicialmente en el grupo experimental la depresión se caracterizaba por ser leve, moderada y grave; Para el grupo control leve y moderada. El promedio para el grupo experimental era moderada y para el grupo control leve.
- Con el post-test BDI, en el grupo experimental se dieron cambios significativos; situándose la depresión de moderada a leve; pero en el grupo control se mantuvo en leve.

- Según los datos del post-test (IDARE), los niveles de ansiedad promedio se redujeron en un 15%.
- Según los datos promedio del post test (BDI), el estado depresivo en el grupo experimental se redujo en un 33% con la terapia grupal y en términos generales varió de estado moderado a estado leve. Se encontraron 2 pacientes sin condición depresiva, lo cual indica la efectividad de la Terapia Cognitiva Grupal en el tratamiento de pacientes con estados depresivos.
- En la escala A-Estado (SXE) del IDARE, los resultados promedio del post - test demostraron que con la Terapia Cognitiva Grupal se dio una variación positiva de 15%, disminuyendo los niveles de Ansiedad - Estado en el grupo experimental. Inclusive 3 (30%) del grupo presentaron condición normal, lo que demuestra la efectividad del tratamiento.
- En la escala A-Rasgo(SXR), los datos promedios del post - test demostró que con la terapia grupal se dio una disminución de 2.8% en los niveles de Ansiedad - Rasgo.
- De todo lo anterior se concluye, que la Terapia Cognitiva Grupal sí es efectiva para tratar pacientes que presenten Depresión Clínicamente Significativa.
- En nuestro estudio encontramos algunos datos importantes tales como:

La edad promedio de inicio en la prostitución oscilo entre 18 y 29 años.

El Factor económico insuficiente, fue muy importantes para decidir esta forma de vida.

Variables comunes entre las participantes al estudio:

La falta de cariño parental.

Disfunción familiar.

Algunas condiciones de adicción.

Dentro de los “yo” significativos existen la máscara social y el mostrar un yo ideal que no corresponde con su verdadero yo y esto trae como consecuencia que su fortaleza yoica se debilite, fallando las defensas y se observan entonces síntomas depresivos, por la reactivación de la pérdida objetal.

4.2. Recomendaciones

- Recomendamos al Ministerio de Salud contemple la posibilidad inmediata de nombrar más Psicólogos Clínicos en calidad de orientadores en las diferentes Clínicas de Higiene Social que funcionan en el ámbito nacional.
- El Ministerio de Salud debe promover charlas y seminarios para la población femenina en general, principalmente las más jóvenes, a fin de concienciar sobre las graves consecuencias de la prostitución.
- Recomendamos que las autoridades de Migración pongan mayores controles y restricciones para la entrada al país de mujeres con Visa de turistas o permisos de empleo, muchas veces engañadas, otras concientes, pero que finalmente quedan sirviendo en el bajo mundo de la prostitución en sus diferentes formas de expansión..
- Recomendamos que se promueva la Psicoterapia Cognitiva Grupal, como alternativa de tratamiento para las mujeres que se dedican a la prostitución y padezcan un Trastorno Depresivo; más aún, la ley debe exigir a los negocios que promueven esta actividad, que cubran los costos del tratamiento.
- Recomendamos que las autoridades de salud hagan énfasis en la prevención de los Trastornos Depresivos, mediante programas oportunos accesibles, desarrollados en las diferentes Clínicas de Higiene Social.

- Deben llevarse a cabo estudios de seguimiento a las pacientes para poder determinar la efectividad y la duración de los efectos del tratamiento a largo plazo.
- Realizar estudios con muestras más grandes, que permitan validar si el tratamiento sólo influye sobre las variables en estudio, o si lo hace también en otras áreas.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- ALMARAZ, J.; FERNÁNDEZ, P. 1997. **Prácticas de Psicología Cognitiva**. Ira edición. McGraw–Hill. México.
- ALONSO, A.; SWILLER, H. 1995. **Psicoterapia de Grupo de la Práctica Clínica**. Manual Moderno. México, D. F.
- AYESTARAN, S. 1990. **Manual de Psicoterapia de Grupo**. Nueva síntesis de **Psicoanálisis existencial**. Ediciones, Universidad Pontificia de Salamanca. España.
- BARRERO, A. 2000. **Estrés y Ansiedad**. Superación interactiva. Primera edición, Hobby Club, S.A. Madrid, España.
- BECK, A. Y OTROS. 1983. **Terapia Cognitiva para la Depresión**. Novena edición. Desclée de Brouwer, Bilbao, España.
- BECK, A. T. FREEMAN, A. 1995. **Terapia Cognitiva de la Personalidad**. Paidós. Madrid, España.
- BELLACK, A., HERSEN, M. 1989. **Métodos de Investigación en Psicología Clínica**. Bilbao, Editorial. España.
- BELLOCH, A.; SANDÍN, B. 1999. **Manual de Psicopatología**. Volumen 2. Editorial McGraw-Hill. España.
- BLÁZQUEZ, N. 2000. **La Prostitución**. El amor humano en clave comercial. Artes gráficas. España.
- COLEMAN, J.C.; BUTCHER, J. 1990. **Psicología de la Anormalidad**. 2da edición. Editorial Trillas. México.
- GARCÍA, A. 1996. **Revisión Histórica de la Psicoterapia Grupal clínica y Análisis Grupal**. Editorial Kapelusz. Buenos Aires, Argentina.
- GARRIDO, G. L. 1992. **La Prostitución**. Estudio jurídico y criminológico. Ediciones Edersa. Madrid.
- GOLDMAN, H. 1996. **Psiquiatría General –Manual Moderno**. 4ta edición. México.
- HERNÁNDEZ S. R. 1998. **Metodología de la Investigación**. Segunda edición; Editorial McGraw – Hill; México.

- KAZDIN, A. 2001. **Métodos de Investigación en Psicología Clínica**. 3ra. Edición. Prentice Hall. México.
- NIKIE, R. 1992. **Wores in History**. Harper Collins Publishers. London.
- NOBOA, A .E. 1983. **Sexualidad Humana y Relaciones Personales**. Segunda edición federación Internacional de Planificación de la Familia. New York.
- MENEGHELLO, R. J. 1997. **Psiquiatría**. Editorial Médica Panamericana, S.A. Buenos Aires; Argentina.
- MENDELS, F. 1992. **La Depresión: un problema crucial de nuestro tiempo**. Editorial Espasa. Madrid, España.
- ORJUELA. L. 2000. **Depresión Control y Superación**. Primera edición; España.
- PHILLIPTON, O. 1968. **La Esclavitud de la Mujer (La prostitución sin máscara)**. Ediciones Studium. Buenos Aires.
- RODRÍGUEZ, E. 1978. **Historia de la Prostitución en España y América**. Primera edición. S. L. de Artes Gráficas. España.
- ROMERO, L, QUINTANILLA, A. 1976. **Prostitución y Drogas**. Editorial Trillas, S.A. México.
- SANDERS, D. 1985. **La Depresión en las Mujeres**. Editorial Pirámide. Madrid. R.
- SANK, L. Y SCHAFFER, C. **Manual del Terapeuta para la Terapia Cognitiva Conductual en grupos**. Editorial Desclée de Brouwer, S.A. España. 1993.
- SMITH, A.; WISSMAN, M. 1991. **Epidemiología de los trastornos Depresivos**. *Perspective in Psychiatry*: v.2 England,. Wiley.
- VALDÉS, M., M. 2002. **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**. (DMS- IV-TR). España.
- WALLACE, P. 1996 en: GERSTLE, M. 1978. **La Tierra Dividida**. Segunda edición. Editorial Universitaria. Panamá.

TESIS

SÁNCHEZ, R. 1986. La Prostitución y Reglamentación en la República de Panamá. Tesis. Facultad de Derecho y Ciencias Políticas; Universidad de Panamá. Panamá.

VILLARREAL, G. 1995. Análisis Criminológico de la Prostitución. Tesis. Facultad de Derecho y Ciencias Políticas; Universidad de Panamá. Panamá.

VILLAR, N. 1998. Actitudes de una Muestra de Alternadoras y otras Mujeres con oficios afines hacia la Prostitución, atendidas en el Centro de Salud de Santa Ana en los meses de enero –febrero –1998. Tesis. Facultad de Humanidades; Escuela de Psicología. Universidad de Panamá. Panamá.

JAEN, Rolando. Un programa para reducir la ansiedad y la depresión en adultos: Una experiencia de grupo en la policlínica del Seguro Social J.J. Vallarino. Tesis de Maestría. Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología. Universidad de Panamá. Panamá.

DICCIONARIOS Y ENCICLOPEDIAS

GAGNON, A.E. 1983. Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales. Vol.8. E. U. A.

OCEANO. 2000. Diccionario de Sinónimos y Antónimos. Océano, Grupo editorial. Barcelona, España.

SAU, V. 1981. Diccionario Ideológico Feminista. Primera edición. Icaria Editorial, S.A. Barcelona.

SEIX – EDITOR. 1990. Enciclopedia Jurídica Española.

WARREN, H. 1981. Diccionario de Psicología. Fondo de Cultura Económica. México.

REVISTAS, FOLLETOS Y OTRAS PUBLICACIONES

CONSEDUC. 1996. Violencia en el Aprendizaje y Aprendizaje de la Violencia. Artículo periódico. Buenos Aires.

Contraloría General De la República. 2002. Panamá en Cifras. Dirección de Estadística y Censo.

DÍAZ, M. 1999. El Otro Lado de la Luna. Ira. Edición. Editorial tierra Firme. Panamá.

KISTEVA en: CHACON, L. 1992. **La Mujer Prostituta: cuerpo de suciedad, fomento de muerte.** Revista de Ciencias sociales, San José, Costa Rica.

GOIJMAN, Leonardo. 1980. **La fantasía de Salvación en la Prostitución Femenina; Consideraciones sobre la vida erótica y las perversiones.** Symposium de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Buenos Aires, Argentina.

MONTILLA, L. C. 2002. **Historia de la Prostitución.** Academia Colombiana de Historia. Editora Guadalupe. Bogotá.

NEVES, N.; MAINIERI, A. 1984. **Aportes al Análisis de la Fantasía de Prostitución.** Volumen 10. Número 97. Buenos Aires, Argentina.

PICHON, E. 1996. **Jornadas Latinoamericanas de Psicología Social. III Jornadas de Homenaje al Dr. Enrique Pichon – Riviere.** Subjetividad y procesos Sociales en la Actualidad.

SITIOS EN INTERNET

Bibliotecas Virtuales

www.delasabana.edu.co/

www.delasalle.edu.co/

www.javeriana.edu.co/

Sitios Visitados

www.psiquiatria.com. Revista electrónica de psiquiatría. 1998.

<http://www.geocities.com/Athens/crete/8225/depresi.him>. 2002.

www.saludaitina.com.

Consulta psic.net.

Psicología cognitiva.com.

Ciudad futura.com.

Diccionario psicológico.com.

Psico.net.

ANEXOS

TERAPIA GRUPAL PARA LA DEPRESIÓN

RESUMEN DE SESIONES

MÓDULO DE RELAJACIÓN

Sesión de Evaluación

En esta sesión se procedió a aplicar la Escala IDARE, ya que la Escala Beck, ya había sido aplicada a toda la población participante del estudio y tomamos los datos previos, tanto en el grupo control, como en el experimental.

Primera Sesión

Se practicaron dos dinámicas con el grupo, a manera de integración y fomentando la participación.

Se le enseñó al grupo la técnica de relajación Benson, concentrándonos en la respiración, imaginándonos la palabra uno con el objeto de enfocar el pensamiento, la experiencia resultó agradable para los miembros del grupo.

Tareas

1. Se le asignaron lecturas para la próxima sesión del libro Tus zonas erróneas.
2. Se le asignó un compañero con el cual debía comunicarse dos veces a la semana.
3. Practicar el ejercicio de relajación 2 veces al día durante 5 minutos.

Segunda Sesión

1. Se le introdujo al grupo el concepto de Unidades Subjetivas de Malestar (USM).

2. Se esquematizo en un cartón la escala.

3. Sé le enseñó al grupo la técnica de Relajación Muscular Profunda (RMP)

El grupo manifestó un incremento en la tensión luego del ejercicio de relajación, se les explico que este incremento era normal.

Tareas

1. Practicar una vez al día la Respuesta de Relajación de Benson (5 min.)

2. Practicar una vez al día la Relajación Muscular Profunda (15 min.)

3. Registrar los ejercicios.

4. Lecturas de Tus Zonas Erróneas.

5. Traer 5 situaciones de la semana en que nos hayamos sentido ansiosos o deprimidos.

6. Comunicarse con el compañero.

MÓDULO DE REESTRUCTURACIÓN COGNOCITIVA

Sesión 3

Se presento el concepto de pensamientos automáticos negativos, el grupo participo bastante con experiencias personales.

Tareas

1. Traer 5 a 10 situaciones ansiógenas o depresivas

2. Practicar la relajación y registrarla

3. Leer los capítulos finales del material fotocopiado

4. Contactar al compañero.

Sesión 4

Se explica el proceso de la terapia y el rol de las recaídas. Exploramos los síntomas depresivos. Comenzamos a demostrar las relaciones entre pensamientos, conducta y afecto, basándonos en la experiencia del paciente.

Tareas

1. Definir problemas que las pacientes considerasen podrían influir o contribuir a manifestar síntomas depresivos.
2. Técnicas conductuales basadas en la programación gradual de actividades como vía de cambio de los pensamientos automáticos.

Sesión 5

Análisis de los Supuestos personales.

Aplicación de tareas conductuales como experimentos personales, para comprobar la validez de los supuestos personales.

Se le recomendaron a las participantes mantenerse leyendo, haciendo sus ejercicios de relajación, comunicándose con sus compañeros. Se les menciona sobre la semana de, evaluación individual.

Sesión 6

Se repasaron todos los conocimientos de la reestructuración cognitiva. Se discutieron las cogniciones específicas que diesen lugar a efectos desagradables.

Revisamos las cogniciones en particular, las expectativas de las pacientes ante sus “debo” en lugar de “quiero”.

Sesión 7

Se identificaron los errores cognitivos y proponer explicaciones alternativas a los pensamientos automáticos negativos.

MÓDULO DE ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD

Sesión 8

Introducción del modulo de entrenamiento en asertividad, se explicaron las definiciones de conducta no asertiva, conducta agresiva y conducta asertiva. Se dieron ejemplos proporcionados por los participantes.

Se explicaron con lujo de ejemplos los componentes de la Asertividad: Contacto visual, Tono de Voz, Postura, Expresión Facial, Tiempo (momento) y Contenido.

Entre las tareas se le pidió a los participantes que para la próxima sesión trajeran. situaciones en donde fuese necesario una conducta asertiva por parte de los participantes.

Sesión 9

Se repartieron dos ejemplos de situaciones y se invito a los presentes a participar, la participación fue espléndida por parte del grupo. Realizamos una lista de “deseos” prestando atención a los objetivos futuros. La finalidad de esta tarea consistía en que las pacientes se centrasen en sus propias necesidades y expectativas.

Se les pidió que para la próxima sesión trajeran situaciones reales de sus vidas en donde hubiesen querido ser más asertivos.

Sesión 10

Durante esta sesión se le explicaron las técnicas de asertividad. Nos enfocamos en centrarnos en las autocríticas y trabajar en respuestas para hacerles frente.

Se le dieron las tareas para casa de lectura.

Sesión 11

Durante esta sesión: Asistencia, comentarios de las tareas asignadas, solicitar a los miembros del grupo que relaten alguna situación en donde hayan sido asertivos o hubiesen deseado serlo.

Se explicó como emplear las técnicas de reestructuración cognitiva como ayuda para promocionar el comportamiento asertivo en situaciones emocionalmente difíciles. Se introdujo el tema de la resolución de conflictos y como este se relaciona con otros temas tratados anteriormente.

Se trabajo con Role Playing algunas situaciones sugeridas por las participantes.

Se asignaron las siguientes tareas para casa:

1. Relajación
2. Practicar las técnicas asertivas en las situaciones reales.
3. Contactar al compañero asignado

4. Revisar hojas de metas personales.

MÓDULO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Sesión 12

Asistencia, comentarios de problemas encontrados en las tareas, se hizo una exposición dialogada acerca de los pasos involucrados en la resolución de problemas, se repartió material que contenía este. Se realizó a través de un Role Play una ilustración de cómo utilizar la técnica antes explicada.

Se trabajó algo en las metas individuales de cada cual, feedback al terapeuta y se asignaron las siguientes tareas:

1. Traer un problema en donde se utilizó la técnica.
2. Hacer los registros auto relajación.
3. Contactar con el compañero.

Sesión 13

1. Asistencia
2. Revisión de tareas
3. Problemas presentados en la semana
4. Lista de problemas para resolver con la técnica de resolución de problemas, de parte de todos los miembros.
5. Generar alternativas a uno de los problemas planteados por los demás

miembros del grupo.

6. El dueño del problema asigna puntuación a las diferentes alternativas propuestas (1 al 5)
7. Anticipar fin del programa para la próxima semana.
8. Programar citas individuales.

Sesión 14

Durante esta sesión estuvimos uniéndolo todo, aclarando dudas y compartiendo de manera muy casual con los participantes. Dejar claro que las técnicas y habilidades adquiridas deben de ser utilizadas en problemas Muros y propiciando la confianza en el desenvolvimiento personal de cada cual. Brindis

Sesión 15

EVALUACIONES INDIVIDUALES FINALES.

Entrevista clínica

Aplicación de pruebas al grupo experimental

Aplicación de pruebas al grupo control.

Escala de Depresión de Beck

Se ha desarrollado un buen número de tests objetivos, como auxiliares del diagnóstico de la depresión. Los tests varían en cuanto a diseño y contenido y, habitualmente, se ven muy influenciados por variaciones reales o percibidas en la forma de expresión en las diferentes culturas. Los médicos deberían encontrar útil comunicarse con psiquiatras o psicólogos locales a fines de determinar cuáles son los tests objetivos específicos que se han empleado con mejores resultados dentro de sus respectivas comunidades.

Un test ampliamente usado fue disertado por el Dr. Aaron Beck en el final de la década del '50, para su empleo en investigación y en la práctica médica. Desde entonces, este Cuestionario de Depresión, cuidadosamente estudiado y validado, ha crecido en su aceptación y uso internacional. Aquí se lo comentará en detalle, para mostrar cómo desarrollan y aplican tales tests, y cómo pueden ayudar al médico privado para evaluar la presencia y gravedad de una depresión. De todas maneras, cualquier test que sea empleado debe ser útil para los siguientes puntos:

Utilidad clínica de los tests objetivos

1. Para confirmar o ayudar a descartar la intensidad de una depresión.
2. Para determinar la intensidad de una depresión.
3. Para dar un parámetro de base para poder evaluar logros terapéuticos.
4. Para ayudar a explicar al paciente y el grupo familiar del paciente la

naturaleza e intensidad de la enfermedad.

5. Para recalcar al paciente los aspectos médicos objetivos de la enfermedad.

6. Para evaluar, a través de repeticiones periódicas del test, la eficacia del tratamiento.

7. Para demostrarle objetivamente al paciente su mejoría o ausencia de mejoría.

8. Para fines de argumentación cuando se propone la derivación.

Instrucciones para el entrevistador para la aplicación del Cuestionario de Depresión de Beck.

Se han preparado las siguientes instrucciones con el fin de estandarizar la aplicación del Cuestionario de Depresión. Es importante que se sigan en orden estas instrucciones, para proporcionar uniformidad y reducir al mínimo la influencia del entrevistador.

Rutina de aplicación:

Diga al paciente: "Esto es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor cómo se ha sentido en la Última SEMANA, incluyendo HOY".

En ese momento alcance una copia del cuestionario al paciente y dígame: "Aquí tiene una copia para que pueda seguirme mientras leo". Lea el grupo entero de afirmaciones en la primera categoría (no lea los números que aparecen a la izquierda de las afirmaciones); luego diga: "Ahora elija una de las afirmaciones que describa mejor

cómo se ha sentido en La ULTIMA SEMANA, incluyendo HOY'.

Si el paciente indica su elección respondiendo mediante un número, vuelva a leer la afirmación que corresponda con el número dado por el paciente, con el fin de evitar confusión sobre cuál de las afirmaciones fue elegida. Cuando el paciente dice "la primera afirmación", puede querer decir 0 ó 1. Después que se haga evidente que el paciente entiende el sistema de numeración, será suficiente la respuesta numérica para indicar su elección.

Instrucciones adicionales:

- A. Verifique que cada elección sea efectivamente la elección del paciente y no palabras que usted haya repetido. Haga que el paciente exprese, por su cuenta, cuál afirmación ha elegido.

- B. Si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que se ajustan a la forma en que se siente, entonces anote el mayor de los valores.

- C. Si el paciente indica que la forma en que se siente está entre 2 y 3, siendo más que 2, pero no justamente 3, entonces anote el valor al cual se acerque más, 02.

- D. Generalmente el entrevistador debe leer en voz alta las afirmaciones que se encuentran en cada categoría. A veces el paciente toma la iniciativa y empezará a leer en silencio las afirmaciones en una categoría, adelantándose al entrevistador, y empieza a dar las afirmaciones elegidas. Si el cliente está atento y parece inteligente, deje que lea en silencio las afirmaciones y que haga su elección. Dígale al Paciente que, si está seguro de

leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir, entonces podrá leer en silencio. Sea diplomático y tenga tacto para alentar al paciente para que reflexione suficientemente antes de elegir.

E. El puntaje de depresión obtenido debe anotarse en una hoja de registro. Simplemente corresponde a la suma de las mayores cargas de respuesta seleccionadas en cada grupo de afirmaciones del 1 al 21. La carga es el valor numérico que figura al lado de cada afirmación.

F. El grupo 19 (pérdida de peso) fue concebido para explorar un síntoma anorexígeno. Si el paciente responde afirmativamente a la siguiente pregunta: "Está tratando de perder peso comiendo menos?" el puntaje de ese grupo no debe agregarse al puntaje total.

Clasificación del puntaje:

No existe ningún puntaje arbitrario que pueda emplearse a los efectos de punto límite. El punto límite específico depende tanto de las características de los pacientes del muestreo como del propósito con el cual se está empleando el cuestionario. Aun así, pueden emplearse los siguientes puntajes como modelo:

0-9 Rango normal.

10-15 Depresión leve.

16-19 Depresión leve-moderada.

20-29 Depresión moderada-severa.

30-63 Depresión severa.

**INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK
(BECK DEPRESSION INVENTORY)- BDI
Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. y Emery, G. (1976)**

INSTRUCCIONES

En cada uno de los 21 apartados marque con una cruz a la izquierda la frase que mejor refleje su situación durante la última semana, incluyendo el día de hoy.

1. 0. No me siento triste
 1. Me siento triste
 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2. 0. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
 1. Me siento desanimado respecto al futuro
 2. Siento que no tengo nada que esperar
 3. Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar

3. 0. No me siento fracasado
 1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
 3. Me siento una persona totalmente fracasada

4. 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes
 1. No disfruto de las cosas como antes
 2. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
 3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5. 0. No me siento especialmente culpable
 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones
 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
 3. Me siento culpable constantemente

6. 0. No siento que estoy siendo castigado
 1. Siento que puedo ser castigado
 2. Espero ser castigado
 3. Siento que estoy siendo castigado

7. 0. No me siento descontento conmigo mismo
 1. Estoy descontento conmigo mismo
 2. Me avergüenzo de mí mismo
 3. Me odio

8. 0. No me considero peor que cualquier otro
 1. Me autocritico por mis debilidades o por mis errores
 2. Continuamente me culpo por mis faltas
 3. Me culpo por todo lo malo que me sucede

9. 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio
 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría
 2. Desearía suicidarme
 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad

10. 0. No lloro más de lo que solía
 1. Ahora lloro más que antes
 2. Lloro continuamente
 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera

11. 0. No estoy más irritado de lo normal en mí
 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes
 2. Me siento irritado continuamente
 3. No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme
12. 0. No he perdido el interés por los demás
 1. Estoy menos interesado en los demás que antes
 2. He perdido la mayor parte de mis intereses por los demás
 3. He perdido todo el interés por los demás
13. 0. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
 1. Evito tomar decisiones más que antes
 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
 3. Ya me es imposible tomar decisiones
14. 0. No creo tener peor aspecto que antes
 1. Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo
 2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 3. Creo que tengo un aspecto horrible
15. 0. Trabajo igual que antes
 1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
 2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo
 3. No puedo hacer nada en absoluto
16. 0. Duermo tan bien como siempre
 1. No duermo tan bien como antes
 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormirme
 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
17. 0. No me siento más cansado de lo normal
 1. Me canso más fácilmente que antes
 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada
18. 0. Mi apetito no ha disminuido
 1. No tengo tan buen apetito como antes
 2. Ahora tengo mucho menos apetito
 3. He perdido completamente el apetito
19. 0. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
 1. He perdido más de 2 Kg. y medio
 2. He perdido más de 4 Kg.
 3. He perdido más de 7 Kg.
20. 0. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal
 1. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
 2. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa
21. 0. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 1. Estoy menos interesado por el sexo que antes
 2. Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo
 3. He perdido totalmente mi interés por el sexo

IDARE

Descripción, Aplicación y Calificación

El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, versión en Español del STAI (State Trait-Anxiety Inventory) constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1. La llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo), y 2. La llamada Ansiedad-Estado (A-Estado). Aun cuando originalmente se desarrolló este inventario para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, se ha demostrado que es también útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y de bachillerato, tanto como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos.

La escala A-Rasgo del inventario de la ansiedad consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja, una de un lado y la otra del otro. La escala A-Rasgo puede ser utilizada como instrumento de investigación en la selección de sujetos que varíen en su disposición a responder a la tensión psicológica con niveles de intensidad distintos A-Estado. Los investigadores pueden utilizar la escala A-Estado para determinar los niveles reales de intensidad de A-Estado inducidos por procedimientos experimentales de tensión, o bien como un índice del nivel de pulsión (P), tal como este concepto es

definido por Ruli (se refiere al concepto de drive (D) de Huli, 1943 & Spence, 1958). Se ha demostrado que las calificaciones obtenidas en la escala A-Estado, se incrementan en respuesta a numerosos tipos de tensión y disminuyen como resultado del entrenamiento en relajación.

El IDARE también ha resultado útil en el trabajo clínico. La escala A-Rasgo es utilizada para la identificación de estudiantes de bachillerato y profesional, que sean propensos a la ansiedad; y para evaluar el grado hasta el cual, los estudiantes que solicitan los servicios de consejo psicológico o de orientación, son afectados por problemas de ansiedad neurótica. La escala A-Estado es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por clientes y pacientes en orientación, psicoterapia, terapéutica del comportamiento o en los pabellones psiquiátricos. Puede también utilizarse para medir los cambios de intensidad en A-Estado que ocurren en estas situaciones. Las características esenciales que pueden evaluarse con la escala A-Estado involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

Una versión anterior del STAI ha sido descrita y evaluada por Levitt (1969), en su libro: La Psicología de la Ansiedad. En un capítulo acerca de la medición experimental de la ansiedad, Levitt compara y contrasta el STAI con otros instrumentos psicológicos que han sido usados como medidas de ansiedad.

IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Me siento agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento reposado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

DESCRIPCIÓN DE LAS COMPETENCIAS DE AFRONTAMIENTO

EL MÓDULO DE RELAJACIÓN

El primer módulo expone al participante a dos procedimientos diferentes de relajación: La Relajación Muscular Profunda (RMP) y la Respuesta de Relajación de Benson (RRB). Ambas técnicas enseñan una competencia que contrarresta la experiencia corporal de estrés y la experiencia psicológica de ansiedad. Los miembros del grupo con problemas somáticos como dolor crónico en la parte inferior de la espalda, dolores de cabeza tensionales, problema de eficacia reducida en el trabajo, o ansiedad en circunstancias sociales son especialmente proclives a beneficiarse del empleo de estas técnicas. Ahora bien, la mayoría de las personas están en algún momento inadecuadamente tensas y pueden beneficiarse del dominio de estas técnicas.

Ejemplos de áreas de problemas:

Dificultad para dormir

Persistentes dolores de cabeza tensionales

Sentirse presionado en el trabajo

EL MÓDULO DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Este módulo se basa en un Principio que defiende que las emociones negativas extremas no son resultado de las experiencias vitales, sino de las actitudes o pensamientos que la persona tiene sobre esas experiencias. La reestructuración cognitiva

es una competencia que implica el reconocimiento de pensamientos no razonables, desafiar esos pensamientos y desarrollar afirmaciones más racionales y adecuadas para decirse a uno mismo. Este pensamiento más racional eventualmente conlleva una disminución y/o prevención de estados emocionales exagerados de depresión y ansiedad severa, enfado extremo y celos desorbitados.

Ejemplos de áreas de problemas:

Insomnio

Perdida del apetito

Humor depresivo

Humor ansioso

Perdida de interés en las cosas

Dificultades para la concentrarse

MÓDULO DE ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD

Este módulo busca enseñar competencias de asertividad. La asertividad es la habilidad de manifestar las propias necesidades sin hacerlos a expensas de otras personas. Los miembros del grupo, que "tienen dificultades para defender sus intereses personales, formular peticiones a otros o rechazar demandas poco razonables de los demás encontrarán que esta sección especialmente útil. El rol-playing y las tareas asignadas para casa facilitan al miembro del grupo la consecución de las metas específicas enunciadas por él al comienzo de este módulo.

MÓDULO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Este cuarto y último módulo está dedicado a enseñar una estrategia que permita resolver los problemas de la vida. Se hace especial énfasis en un acontecimiento gradual; es adaptable a un amplio abanico de problemas a los que el miembro del grupo puede encontrarse confrontado en su medio laboral, social y familiar. Los miembros del grupo que se sienten derrotados o desbordados por situaciones problemáticas encontrarán este módulo especialmente útil. Se les otorgará la oportunidad de discutir la aplicabilidad de esta técnica a los problemas especificados al comienzo del módulo.

METAS POTENCIALES PARA CADA MÓDULO

Módulo de Relajación

Ser capaz de dormirme más rápidamente

Ser capaz de volver a dormirme fácilmente después de haberme despertado en medio de la noche.

Reducir la frecuencia de mis dolores de cabeza tensionales.

No sentirme tan presionado al final de una jornada de trabajo

Módulo de Reestructuración Cognitiva

Sentir mayor control ante estados de humor negativos

Evitar enfadarme inadecuadamente

Disminuir la tendencia a estar «inevitablemente» deprimido. Experimentar un menor número de cambios negativos en mi nivel de energía, interés sexual, apetito, pautas de sueño, sociabilidad y sentido del humor.

Sentir mayor control en relaciones importantes

Módulo de Entrenamiento Asertivo

Ser capaz de decir no a peticiones poco razonables de mis compañeros de trabajo

Ser capaz de aceptar cumplidos sin sentirme avergonzado o negar mi valía

Módulo de Resolución de Problemas

Encontrar un trabajo que sea más satisfactorio pero tan lucrativo como el que realizo

Conocer a más gente y aumentar mis actividades sociales

Incrementar la cantidad de tiempo libre para mí con fin de perseguir el logro de mis propios intereses.

DISTORSIONES COGNITIVAS

Pensamiento de Todo o Nada: Ves las cosas en categoría de blanco o negro. Si tu rendimiento no es perfecto, te consideras a ti mismo un fracaso total.

Generalización excesiva: Consideras un hecho negativo aislado como una pauta que no tiene fin.

Filtro mental: Sacas un detalle negativo .aislado de su contexto y té fijas exclusivamente en él, de manera que tu visión de la realidad se oscurece, como una gota de tinta que tiñe un vaso de agua clara.

Descalificar lo positivo: Niegas las experiencias positivas insistiendo en que seas «no cuentan» por una u otra razón. De esta manera puedes mantener una creencia negativa que tu experiencia cotidiana contradice.

Saltar a conclusiones precipitadas: Realizas una mterpretación negativa aunque no existan hechos negativos que apoyen de una manera conveniente tu conclusión.

Lectura del pensamiento: Concluyes arbitrariamente que una persona esta reaccionando de manera negativa contigo y no te molestas en comprobarlo.

El error del futurólogo: Anticipas que las cosas van a salir mal, y estas convencido de que tu predicción es va un hecho establecido.

Magnificar (Catastrofismo) o Minimizar: Exageras la importancia de las cosas (como tus reveses o los logros de otra persona), o reduces las cosas de una manera inadecuada hasta que parecen insignificantes (tus propias cualidades deseables o las imperfecciones de otra persona). Esto también se denomina el «truco de los prismáticos»

Razonamiento Emocional: Asumes que tus emociones negativas reflejan -

necesariamente la forma en que las cosas son realmente: «Yo lo siento así, luego por lo tanto debe ser verdad»

Afirmaciones de «debería»: Intentas motivarte a ti mismo mediante «deberías» y «no deberías» como si tuvieras que ser hostigado y amenazado antes de poder pretender hacer algo. Los «tendría que» y «había que» son también ofensas. Su consecuencia emocional es la culpabilidad. Cuando diriges las afirmaciones de «debería» hacia otros sientes enfado, frustración y resentimiento.

Etiquetar y etiquetar erróneamente: Esta es una -forma extrema de sobregeneralización. En lugar de describir tu error, añades una etiqueta negativa a ti mismo: «soy un perdedor». Cuando la conducta de otra persona te afecta de manera negativa, le añades una etiqueta negativa: «Es un maldito gusano». El etiquetado erróneo implica describir un acontecimiento con lenguaje viciado y cargado emocionalmente.

Personalización: Te ves a ti mismo como la causa de algún acontecimiento negativo externo.

Historias Clínicas

Ingrid

Nombre: Ingrid

Edad: 27 años

Nacionalidad: colombiana

Raza: Latina

Escolaridad: estudios universitarios completos, en administración de empresas.

Estado Civil: casada, sin hijos, su esposo está actualmente en Aruba.

Ocupación: alternadora.

Dirección: reside en el Bar y Pensión donde labora desde hace 3 meses.

Religión: católica.

Medicación: ninguna.

Enfermedades a considerar: ninguna.

Nivel de Vida: medio-bajo

Niega adicción a cigarrillos y otras drogas. Refiere que ingiere bebidas alcohólicas, eventualmente.

Motivo de Consulta

La paciente, refiere que es la primera vez que realiza este tipo de trabajo, motivo por el cual se siente muy triste y desolada, llora con frecuencia, no se adapta al entorno, no tiene apoyo de las otras compañeras. Antes de venir a Panamá, en su país fue evaluada por psicología y psiquiatría, pero abandono el tratamiento, manifiesta la paciente que presentaba una gran angustia debido a que esposo estaba en otro país, decidió venir a Panamá, ya que no tenía trabajo fijo y necesitaba un mejor ingreso económico.

Se menosprecia, por ser alternadora, se queja de las demás compañeras, no participa en otras actividades, se observa labilidad emocional y baja autoestima. Indagamos ideación suicida y responde que nunca ha pensado en ello.

Historia Personal

Ingrid es la menor de tres hermanos, los padres están separados desde hace 10 años, desde entonces la madre se caso nuevamente, e Ingrid vivió con ellos

hasta los 20 años, en donde decide ir a terminar la universidad a la capital de su provincia. Su padre es alcohólico, actualmente en rehabilitación, no tiene buena relación con la madre y el padrastro, prefiere vivir lejos de ellos. Los dos hermanos mayores, están casados y tienen hijos, se ven eventualmente, pero la relación es distante. Todos saben que vino a Panamá, pero Ingrid les dice que trabaja en un Hotel, como recepcionista, le envía dinero a su madre y la llama cada 15 días. La paciente manifiesta que tuvo muy buena relación con su padre y que lo extraña muchísimo.

Ingrid se caso a los 24 años, una vez culmina la carrera universitaria, el esposo tiene 32 años y desde hace dos años se fue a vivir a Aruba, ya que lo trasladaron en su trabajo, es analista de sistemas. No lo ve hace un año. Ya que dejó de escribirle o llamarla y al parecer se cambió de dirección. Refiere que la relación no era mala, pero que desde que se fue las cosas cambiaron negativamente. Vivían en un apartamento, pero que al quedar ella sin trabajo, no pudo seguir pagando, y como el esposo dejó de ayudarla, se vio desesperada, por lo que acudió a citas con un psicólogo y luego con un psiquiatra, pero refiere que no fue medicada. Manifiesta que la ayudaron mucho, pero que no pudo seguir pagando las consultas.

La paciente refiere que se encontraba sola y sin trabajo, sus padres no podían ayudarla y entonces una conocida le comentó acerca del trabajo en Panamá, yo sabía a que venía, sabía que era un bar y que tendría que atender a clientes sexualmente, pero usted no puede entender lo que esto significa en la realidad, es lo más difícil que he tenido que hacer. Hace tres meses labora en este bar y desde entonces los síntomas se han intensificado, no tiene deseos de realizar otras actividades, no busca quizás otro empleo, llora todos los días, padece de insomnio, ha bajado de peso, posee sentimientos de minusvalía y desesperanza. No puede irse del país debido a que todavía no ha culminado el contrato y debe dinero al local.

Examen Mental

Aspecto General: poca preocupación por el arreglo personal.
Actividad Motora: lenta

Expresión del Rostro:	normal
Mímica:	normal
Expresiones Afectivas	llanto fácil, mucho dolor, aflicción
Ansiedad:	elevada
Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no
Obsesiones y Fobias:	ninguna
Sentimientos de Despersonalización:	no
Atención Voluntaria:	buena
Atención Espontánea:	buena

Diagnóstico Provisional

Eje I	F34.1 Trastorno Distímico
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral.
Eje V	EEAG: 53

Johana:

Nombre: Johana

Edad: 20 años.

Nacionalidad: panameña

Raza: Blanca

Escolaridad: IV año de secundaria.

Estado Civil: soltera, sin hijos

Ocupación: alternadora.

Dirección: Boca la Caja.

Religión: católica.

Medicación: ninguna.

Enfermedades a considerar: ninguna.

Nivel de Vida: medio-bajo

Niega adicción a cigarrillos y otras drogas. Refiere que ingiere bebidas alcohólicas, eventualmente.

Motivo de Consulta

La paciente labora en una sala de masajes desde hace 5 meses, anteriormente trabajaba en un hotel como recepcionista. Manifiesta que desde que empezó a trabajar en este local, ha empezado a presentar síntomas tales como: llanto fácil, susceptibilidad, sentimientos de culpa y menosprecio, "me siento sucia", no duerme bien, ha aumentado de peso, siente mucha angustia sin una causa. También refiere que se encuentra muy sola.

Historia Personal

Johana, vive sola en la capital desde hace cinco años, su familia se encuentra en el interior, y la relación con ellos es distante, los visita sólo a fin de año, los ayuda económicamente. Johana es la segunda de cinco hermanos, los padres y dos hermanos pequeños viven una comunidad muy pobre, que es donde se crió, los otros dos hermanos residen en la capital, pero no se ven con frecuencia. La paciente refiere que la relación con su madre siempre fue conflictiva, nunca la apoyo y de ella siempre recibió críticas.

La paciente vino a la capital a trabajar en casa de familia, oficio que desempeño hasta cumplir la mayoría de edad, cuando empieza a trabajar en un Hotel, hace siete meses se quedo sin empleo, por lo que empieza a trabajar en una sala de masajes.

Actualmente no tiene una relación sentimental estable, tuvo un novio hace seis meses, con quien termino por que él era infiel, por lo que nos comenta no le interesa formalizar una relación. Manifiesta que tiene pocos amigos, y que sus mejores amigos siempre han sido hombres. En su familia desconocen el oficio que realiza y sus amigos tampoco lo saben.

Examen Mental

Aspecto General:	buen arreglo personal.
Actividad Motora:	rápida
Expresión del Rostro:	normal
Mímica:	se observan muchas gesticulaciones
Expresiones Afectivas:	llanto fácil
Ansiedad:	elevada
Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no
Obsesiones y Fobias:	ninguna
Sentimientos de Despersonalización:	no
Atención Voluntaria:	buena
Atención Espontánea:	buena

Diagnóstico Provisional

Eje I	F 32.9 Trastorno Depresivo no Especificado. (Trastorno depresivo menor).
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Economía insuficiente. Condiciones laborales difíciles,
Eje V	EEAG: 64

Tiare:

Nombre: Tiare

Edad: 19 años.

Nacionalidad: Panameña

Raza: Morena

Escolaridad: I año en Lic. en Sociología.

Estado Civil: soltera, sin hijos

Ocupación: alternadora.

Dirección: Tocumen

Religión: católica.

Medicación: ninguna.

Enfermedades a considerar: ninguna.

Nivel de Vida: medio-bajo

Niega adicción a cigarrillos y otras drogas. Refiere que ingiere bebidas alcohólicas, eventualmente.

Motivo de Consulta

La paciente labora en una sala de masajes desde hace 2 meses, anteriormente trabajaba como azafata de eventos. La relación en su hogar es conflictiva y manifiesta que empezó a trabajar en este local debido a los graves problemas económicos, su padre esta desempleado. Ha empezado a perder el apetito, llanto fácil sin una causa, sentimientos de culpa y menosprecio, "ya no veo la vida de la misma manera". "Era una chica que me gustaban los muchachos, he tenido compañeros sexuales, antes de empezar trabajar, pero esto es muy diferente.

Los síntomas aparecen casi todos los días, hay momentos en los que me siento bien, voy a la universidad, converso con mis compañeros y parece que no me pasara nada, pero luego empiezo a sentir lo mismo. No cuento con muchos amigos y actualmente no tengo novio.

Historia Personal

Tiare es la mayor de cuatro hermanos, reside con su padre y dos hermanos de 11 y 6 años respectivamente. Desde hace cuatro años vive con su padre, la madre reside en Bocas del Toro. Proviene de un hogar disfuncional, la madre le era infiel al padre y esto motivo la separación hace cinco años. Dos hermanos y ella se quedaron con el padre y se mudaron a la capital, el hermano menor se encuentra con la madre.

Actualmente en su hogar hay muchos problemas económicos, por lo que decide empezar a trabajar en esta sala de masaje, ya que no conseguía trabajo en otro lado, sólo una amiga tiene conocimiento en donde trabaja y es a ella en quien confía sus problemas. No tiene novio, ni ninguna relación estable. Tiare, desea trabajar por poco tiempo en este local, sólo hasta que ahorre un poco dinero, o su padre encuentre un trabajo. La relación con su padre no es buena, ya que el señor presenta adicción al alcohol y es muy agresivo. La relación con los hermanos es buena, "los quiero mucho".

La paciente siempre ha sido buena alumna y se preocupa por sus estudios, desea continuar estudiando y poder culminar su universidad. Muestra mucha preocupación por su familia, la figura de la madre es periférica, ya que no hay mucha comunicación.

Examen Mental

Aspecto General:	buen arreglo personal.
Actividad Motora:	rápida
Expresión del Rostro:	normal
Mímica:	normal
Expresiones Afectivas:	cansada
Ansiedad:	moderada
Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no

Obsesiones y Fobias: ninguna
Sentimientos de Despersonalización: no
Atención Voluntaria: buena
Atención Espontánea: buena

Diagnóstico Provisional

Eje I F 32.9 Trastorno Depresivo no Especificado.
(Trastorno depresivo breve recidivante).
Eje II Ninguno
Eje III Ninguno
Eje IV Economía insuficiente. Condiciones laborales difíciles,
Eje V EEAG: 55

Aylin

Nombre: Aylin

Edad: 28 años.

Nacionalidad: Panameña

Raza: latina

Escolaridad: III año de secundaria.

Estado Civil: separada.

Ocupación: alternadora.

Dirección: San Miguelito

Religión: católica.

Medicación: para mejorar las crisis asmáticas.

Enfermedades a considerar: asma.

Nivel de Vida: medio-bajo

Afirma que fuma e ingiere bebidas alcohólicas.

Motivo de Consulta

La paciente labora en una sala de masajes desde hace 1 mes, afirma que esta separada desde hace 6 meses, lo que le ha traído muchos sentimientos, no tiene buen concepto de si misma, se siente fea, llora por todo, no duerme casi nada, se preocupa demasiado, no ha pensado en matarse, pero le gustaría sentirse más calmada.

Empezó a trabajar hace un mes y "desde entonces me siento todavía peor" desea saber que le pasa y que puede hacer por mejorar, también le gustaría dejar de fumar.

Historia Personal

Aylin es la mayor de tres hermanos, esta viviendo sola, en cuarto que tiene alquilado. Los padres están en el interior, vino a trabajar a la capital hace tres años y desde entonces mantuvo una relación estable con su excompañero.

Refiere que no desea hablar acerca de su pasado. Le interesa mejorar su presente.

Examen Mental

Aspecto General:	buen arreglo personal.
Actividad Motora:	rápida
Expresión del Rostro:	normal
Mímica:	normal
Expresiones Afectivas:	cansada
Ansiedad:	moderada
Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no
Obsesiones y Fobias:	ninguna
Sentimientos de Despersonalización:	no
Atención Voluntaria:	buena
Atención Espontánea:	buena

Diagnóstico Provisional

Eje I	F 32.9 Trastorno Depresivo no Especificado. (Trastorno depresivo breve recidivante).
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Economía insuficiente. Condiciones laborales difíciles,
Eje V	EEAG: 65

María

Nombre: María

Edad: 32 años.

Nacionalidad: colombiana

Raza: blanca

Escolaridad: II grado de primaria.

Estado Civil: separada. Tiene una hija de 13 años.

Ocupación: alternadora.

Dirección: Carrasquilla

Religión: católica.

Medicación: ninguna.

Enfermedades a considerar: ninguna.

Nivel de Vida: medio-bajo

Afirma que fuma e ingiere bebidas alcohólicas, eventualmente.

Motivo de Consulta

La paciente labora en un Bar y Pensión hace mes y medio aproximadamente, afirma que esta desesperada ya que lo que ella esperaba, no se está cumpliendo. En el trabajo, le va muy mal, ya que atiende pocos clientes, le es muy difícil conseguir clientes, ya que aborrece el trabajo. La situación económica es precaria, apenas le alcanza para pagar el cuarto de la pensión y afirma que hay días que pasa hambre, ya que no tiene dinero para la comida.

Durante la entrevista llora desconsoladamente, nos manifiesta que desde que dejó a su hija no puede estar tranquila. Le falta el sueño, apenas duerme unas pocas horas, el horario de trabajo es hasta la madrugada, por lo que en el día no descansa apropiadamente. Desea conseguir otro empleo. Siente que no "aguanta" más. Ha aumentado mucho de peso, tiene baja autoestima y presenta sentimientos de desesperanza.

Historia Personal

María, es la mayor de seis hermanos, hogar desintegrado, el padre la abandono desde que tenia dos años, la madre se volvió a casar, la relación con el padrastro era conflictiva. Proviene de un estrato social muy humilde, no culmino la educación primaria, ya que ayudaba a su madre a cuidar a sus hermanos.

Siempre ha realizado trabajos en casas de familia, oficios domésticos en hoteles y restaurantes. Esta separada hace cinco años, el compañero la abandona, tiene una hija de trece años, que actualmente vive con la abuela. Decidió venir al país, buscando una mejor oportunidad de empleo y fue asesorada por una vecina. Manifiesta que no tiene suerte y que la vida no le ha brindado muchas oportunidades.

Examen Mental

Aspecto General:	descuido en su arreglo personal.
Actividad Motora:	rápida
Expresión del Rostro:	cansada, triste
Mímica:	normal
Expresiones Afectivas:	cansada
Ansiedad:	moderada
Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no
Obsesiones y Fobias:	ninguna
Sentimientos de Despersonalización:	no
Atención Voluntaria:	buena
Atención Espontánea:	buena

Diagnóstico Provisional

Eje I	F 32.9 Trastorno Depresivo no Especificado. (Trastorno depresivo breve recidivante).
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Economía insuficiente. Condiciones laborales difíciles,
Eje V	EEAG: 59

Yomara

Edad: 18 años

Nacionalidad: panameña

Raza: blanca

Escolaridad: IV año de secundaria.

Estado Civil: separada. Tiene un hijo de un año.

Ocupación: alternadora.

Dirección: Las Cumbres.

Religión: evangélica.

Medicación: ninguna.

Enfermedades a considerar: ninguna.

Nivel de Vida: medio-bajo

Ingiere bebidas alcohólicas, eventualmente.

Niega el uso de cigarrillos u otras drogas.

Motivo de Consulta

La paciente labora en una sala de masajes desde hace tres meses y medio aproximadamente, afirma que desde que salió embarazada, ha tenido episodios en los que se descompensa y se siente tensa, cansada, molesta, con poco ánimo, ha bajado de peso y presenta crisis eventuales de insomnio.

Las crisis son bastante constantes, ya que tiene períodos en donde se presentan muy seguidos, no ha asistido a buscar ayuda profesional antes, en su hogar existen antecedentes de crisis depresivas (madre y abuela), desde que inició el trabajo, debido a problemas económicos, no se siente bien consigo misma, esta molesta casi todo el tiempo, una tristeza sin causa y falta de ganas para realizar cosas nuevas,

Historia Personal

Yomara, es la segunda de dos hermanas, reside con la madre y su hijo de un año. Los padres están separados desde hace 14 años, la relación con el padre es distante, se ven eventualmente, la relación con la madre es mejor, pero también surgen muchos inconvenientes y por lo general pelean mucho. Hay rivalidad con la hermana mayor, ya que ella si estudia en la universidad. La joven no continuo en el colegio debido a que se embarazo, y luego decidió empezar a trabajar, ya que el padre del bebé no le brindo apoyo, ni siquiera reconoció al bebe.

Decidió trabajar en el Centro de Masajes, debido a que le brinda una fuente de ingreso, ya que le era difícil conseguir empleo en otro lugar. No ha pensado en seguir con sus estudios, decidió trabajar como alternadora, durante un período indefinido, ya que necesita una estabilidad económica. Manifiesta que en estos momentos no tiene ninguna relación sentimental estable, ni le interesa. Desea poder sentirse mejor y eliminar los síntomas que presenta.

Examen Mental

Aspecto General:	descuido en su arreglo personal.
Actividad Motora:	rápida
Expresión del Rostro:	cansada, decaída
Mímica:	normal
Expresiones Afectivas:	cansada
Ansiedad:	moderada
Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no
Obsesiones y Fobias:	ninguna
Sentimientos de Despersonalización:	no
Atención Voluntaria:	buena
Atención Espontánea:	buena

Diagnóstico Provisional

Eje I	F 34.1 Trastorno Distimico
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Economía insuficiente. Condiciones laborales difíciles.
Eje V	EEAG: 60

Lilibeth

Edad: 28 años

Nacionalidad: colombiana

Raza: morena

Escolaridad: bachillerato completo

Estado Civil: soltera, sin hijos.

Ocupación: alternadora.

Dirección: Carrasquilla.

Religión: ninguna.

Medicación: ninguna.

Enfermedades a considerar: gastritis.

Nivel de Vida: medio-bajo

Ingiere bebidas alcohólicas, eventualmente.

Niega el uso de cigarrillos u otras drogas.

Motivo de Consulta

La paciente labora en un Bar y Pensión desde hace cinco meses. Anteriormente había estado trabajando como alternadora en España, por un periodo de dos meses, regreso nuevamente a su país y entonces decidió venir a Panamá a trabajar por seis meses. Refiere que en su país no tiene buen apoyo familiar, su madre murió hace dos años y su padre esta casado y tiene su familia, tiene un hermano mayor que ve esporádicamente.

Presenta un pobre autoconcepto, no tiene un propósito definido de vida, baja autoestima, ha tenido ideación suicida, pero afirma que en estos momentos no lo ha vuelto a pensar. Desea sentirse mejor y lograr un propósito de vida más definido. Siente un vacío emocional y desea una mejor estabilidad.

Historia Personal

Lilbeth, es la menor de dos hermanos, la madre murió hace dos años (cáncer) y el padre reside junto con su esposa, la relación es distante. El hermano mayor también está casado y no se ven con frecuencia. Desde que murió la madre, la joven ha sentido un gran vacío en su vida, y desde entonces decide viajar y trabajar como alternadora. No cuenta con apoyo familiar y las relaciones amorosas se han caracterizado por fracasos constantes en donde no consolidan una vida en común.

Desde que llegó al país, vive sola en el lugar donde labora, no se ha dedicado a realizar otras actividades, no sale con sus compañeras, refiere que prefiere quedarse en el cuarto sola, se le dificulta entablar relaciones, le afecta mucho su situación actual. Desde que empezó a trabajar en el Bar a empezado a ingerir bebidas alcohólicas en forma eventual.

Cada vez que recuerda a su madre siente un vacío y una sensación de tristeza que no puede explicar, llora con frecuencia y siente que las compañeras no la aceptan y toleran. Desearía poder regresar a su país, pero tampoco allá tiene un grupo primario de apoyo.

Examen Mental

Aspecto General:	descuido en su arreglo personal.
Actividad Motora:	lenta
Expresión del Rostro:	marcada expresión de desánimo
Mímica:	normal
Expresiones Afectivas:	cansada
Ansiedad:	moderada
Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no

Obsesiones y Fobias:	ninguna
Sentimientos de Despersonalización:	no
Atención Voluntaria:	buena
Atención Espontánea.	moderada

Diagnóstico Provisional

Eje I	F 34.1 Trastorno Dístimico
Eje II	Ninguno
Eje III	Enfermedades del aparato digestivo (gastritis)
Eje IV	Duelo de la madre, no resuelto. Poco apoyo del grupo primario. Condiciones laborales difíciles.
Eje V	EEAG: 54

Lina

Edad: 24 años.

Nacionalidad: colombiana

Raza: blanca

Escolaridad: bachillerato completo

Estado Civil: soltera, sin hijos.

Ocupación: alternadora.

Dirección: Carrasquilla.

Religión: ninguna.

Medicación: ninguna.

Enfermedades a considerar: ninguna

Nivel de Vida: medio-bajo

Ingiere bebidas alcohólicas, eventualmente.

Niega el uso de cigarrillos u otras drogas.

Motivo de Consulta

Lina, labora en un Bar y Pensión desde hace tres meses. Anteriormente había estado trabajando como alternadora en un Bar en Colombia, por un periodo de seis meses, le ofrecen la oportunidad y decide venir al país por un período no muy largo. Desde que llegó se sintió muy mal en el empleo, no conocía a nadie y el ambiente es muy competitivo, pocas compañeras ofrecen una amistad y por tanto se sintió excluida.

Afirma que la adaptación ha sido difícil, hay días en que no come casi nada, se pasa el tiempo encerrada en su cuarto, no tiene amigas en el trabajo, sólo sale con amigo que conoció hace poco y con quien desearía mantener una relación sentimental, el joven desconoce donde trabaja. La situación actual le preocupa mucho, llora con frecuencia y por lo general se siente "triste". Afirma las crisis empezaron una vez llegó al país.

Historia Personal

La paciente es la tercera de cuatro hermanos, hogar integrado, refiere que por lo general tenían buenas relaciones entre sí, hay buenos vínculos con los hermanos. Hace tres años que la paciente se había mudado a la capital de su país, sus padres están en una provincia, empezó a realizar trabajo como alternadora en un bar en Colombia, debido a que no lograba un empleo que le pagara más dinero, luego surgió la oportunidad de venir a Panamá y ella decidió venir a probar suerte.

Penso que las cosas iban a ser diferentes, le ha costado mucho adaptarse, no le siente a gusto en el ambiente laboral, pero tiene que cumplir con el contrato, por que se debe quedar como mínimo dos meses más.

Las crisis de llanto y desesperación surgen por lo menos dos veces a la semana, le aterran las noches y el empezar a trabajar, la situación económica no es buena, ya que con frecuencia atiende pocos clientes. Las horas de sueño son pocas, ya que se le dificulta dormir durante el día.

Los familiares desconocen el oficio que desempeña, se comunica con ellos eventualmente, las relaciones familiares han sido muy estables.

Examen Mental

Aspecto General:	moderado arreglo personal.
Actividad Motora:	lenta
Expresión del Rostro:	normal
Mímica:	normal
Expresiones Afectivas:	cansada
Ansiedad:	moderada
Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no

Obsesiones y Fobias: ninguna
Sentimientos de Despersonalización: no
Atención Voluntaria: buena
Atención Espontánea: moderada

Diagnóstico Provisional

Eje I F. 32.9 Trastorno Depresivo no especificado.
Eje II Ninguno
Eje III Ninguno
Eje IV Condiciones laborales difíciles.
Conflictos con las compañeras de trabajo
Eje V EEAG: 51

Jazmín

Edad: 19 años.

Nacionalidad: panameña

Raza: latina

Escolaridad: IV año de secundaria.

Estado Civil: separada, con una hija de tres años.

Ocupación: alternadora.

Dirección: San Isidro

Religión: ninguna.

Medicación: ninguna.

Enfermedades a considerar: infecciones en los riñones.

Nivel de Vida: bajo

Ingiere bebidas alcohólicas, eventualmente.

Niega el uso de cigarrillos u otras drogas.

Motivo de Consulta

La paciente labora en una sala de masajes, desde hace un mes y medio, decidió empezar a trabajar allí debido a que no conseguía otro empleo, en estos momentos se siente muy mal consigo misma, desearía salirse del trabajo, pero necesita el dinero. Además, es muy susceptible a los que otros opinen quisiera poder hacer otra cosa, pero considera que no puede lograrlo.

Llanto fácil, ánimo decaído y sensación de malestar hacia varios ámbitos de su vida diaria, no hay interés en otras actividades, no cuenta con buen apoyo del grupo primario. Afirma que le cuesta mucho estar lejos de su hija.

Historia Personal

Jazmín, es la cuarta de cinco hermanos, los padres están separados desde hace 10 años, la madre reside en Colón. La joven vive actualmente con el padre, la madrastra y una hermanastra, debido a que le era más fácil el transporte para el trabajo. Jazmín tiene una hija de tres años, que cuida su

madre en Colón. La paciente esta separada del padre de la niña, desde hace 9 meses, no hay apoyo económico, por lo que decide empezar a trabajar.

La relación con el padre es conflictiva, por lo que trata de estar en la casa el menor tiempo posible, los fines de semana viaja a Colón, siempre y cuando no tenga turno en el trabajo. La madre es la única que sabe que oficio realiza y no la condena, pero le pide que lo deje lo antes posible. La joven hace turnos de varias horas con tal de estar lo menos posible en la casa del padre. Tiene dos hermanos que viven en la capital, pero no los visita, ya que no tiene tiempo.

Hace 9 meses se separó del padre de su hija, debido a que era objeto de maltrato físico y psicológico, por lo que regreso a la casa de la madre en Colón. A raíz de la separación, la joven reporta presentar los síntomas antes descritos en el motivo de consulta y que se han incrementado al estar lejos de su hija y laborando como alternadora.

Los planes son a largo plazo, ya que no sabe cuanto tiempo se quedara trabajando, desearía seguir estudiando, pero no lo ha hecho, por falta de dinero y tiempo.

Examen Mental

Aspecto General:	moderado arreglo personal.
Actividad Motora:	lenta
Expresión del Rostro:	preocupada
Mímica:	normal
Expresiones Afectivas:	cansada
Ansiedad:	moderada
Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no

Obsesiones y Fobias: ninguna
Sentimientos de Despersonalización: no
Atención Voluntaria: buena
Atención Espontánea: moderada

Diagnóstico Provisional

Eje I F. 32.9 Trastorno Depresivo no especificado.
Eje II Ninguno
Eje III enfermedades del sistema genitourinario
Eje IV Condiciones laborales difíciles.
Conflictos con las compañeras de trabajo
Eje V EEAG: 61

Lorena

Edad: 21 años.

Nacionalidad: colombiana

Raza: blanca

Escolaridad: II año vocacional.

Estado Civil: separada, con dos hijas de cinco y tres años.

Ocupación: alternadora.

Dirección: Carrasquilla.

Religión: ninguna.

Medicación: ninguna.

Enfermedades a considerar: ninguna.

Nivel de Vida: medio-bajo

Ingiere bebidas alcohólicas, eventualmente.

Niega el uso de cigarrillos u otras drogas.

Motivo de Consulta

La joven acude a consulta debido a que presenta signos de una depresión, desde hace tres meses reside en el país, vino a trabajar en una sala de masajes, para ayudar económicamente a su familia y sobre todo a sus hijas. Desde que llegó se ha sentido muy mal, desorientada, preocupada, llanto fácil, muy sensible a las críticas, ha bajado de peso y se le dificulta conciliar el sueño.

Hay mucha preocupación por sus hijas, desearía verlas todos los días, el trabajo se le hace muy difícil, pero refiere que ha llegado a "adaptarse" a este, ya que lo ve sólo como una actividad, que le permite mandar dinero a sus hijas,

Historia Personal

Lorena es la segunda de tres hermanos, hogar integrado, refiere que mantienen buenas relaciones entre sí, tiene un hermano que es alcohólico, no continuo con sus estudios debido que los pocos ingresos económicos de sus padres, además de que nunca le intereso la escuela lo suficiente. A los 15 años queda embarazada de su primera hija, se va vivir con el padre del bebé y permanecen juntos por espacio de cuatro años. Hace más o menos un año que están separados. La relación siempre fue conflictiva.

A raíz de la separación empieza a trabajar en casas de familia, en Colombia. Una vecina le comenta acerca del empleo en Panamá y decide venir a probar suerte, deja a sus niñas con sus padres y está en el país desde hace tres meses. Afirma que tratara de quedarse otros tres meses más, ya que su objetivo principal es ahorrar dinero para enviar a su país.

Examen Mental

Aspecto General:	buen arreglo personal.
Actividad Motora:	lenta
Expresión del Rostro:	preocupada
Mímica:	muchas gesticulaciones
Expresiones Afectivas:	cansada
Ansiedad:	moderada
Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no
Obsesiones y Fobias:	ninguna
Sentimientos de Despersonalización:	no
Atención Voluntaria:	buena
Atención Espontánea:	moderada

Diagnóstico Provisional

Eje I	F. 32.9 Trastorno Depresivo no especificado.
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Condiciones laborales difíciles. Economía Insuficiente
Eje V	EEAG: 64

Luz

Nombre: Luz

Edad: 23 años.

Nacionalidad: colombiana

Raza: blanca

Escolaridad: bachiller en comercio.

Estado Civil: soltera, sin hijos.

Ocupación: alternadora.

Dirección: Vía Porras.

Religión: católica.

Medicación: ninguna.

Enfermedades a considerar: ninguna.

Nivel de Vida: medio-bajo

Niega el uso de cigarrillos y otras drogas. Afirma que ingiere bebidas alcohólicas, eventualmente.

Motivo de Consulta

La paciente reside en el país hace quince días, labora en una sala de masajes, en donde vive temporalmente. Manifiesta que anteriormente no había trabajado en nada parecido. Presenta síntomas tales como labilidad extrema, cefáleas constantes, falta de energía, pobre confianza en si misma, le cuesta adaptarse a su situación actual, se le dificulta tomar decisiones y casi todo el día la pasa en su cuarto sola, pensando en su país.

Considera que debe volver a su país, pero no puede, ya que firmo un contrato por tres meses y debe mucho dinero. Esta situación la hace sentirse más triste y desesperada.

Historia Personal

Luz es la tercera de cuatro hermanos, los padres están separados desde hace cinco años, su madre se volvió a casar y vive con los tres hijos menores.

La relación con la madre es buena, llora cuando la menciona, ya que refiere que la extraña mucho, también existen buenos sentimientos hacia la figura paterna, la relación con los hermanos es buena, pero no se ven mucho.

Afirma que no tiene suerte en el amor, ya que le han hecho mucho daño, ha tenido varios novios, pero todos se aprovechan de ella y la hacen sufrir. Hace un año, aceptó que le practicaran un aborto, ya que no podía mantener económicamente al bebé y no contó con el apoyo del padre.

Desde los 18 años, la paciente se independizo y fue a vivir con una amiga, trabajaba y podía costearse sus gastos. Hace más o menos un año quedo sin empleo, por lo que empezó a realizar trabajos eventuales, pero ya no podía pagar las cuentas. Una prima lejana, le comento acerca de irse a trabajar a otro país, investigo y entonces le hicieron un contrato para venir a trabajar en un Bar en Panamá.

Luz afirma que en estos momentos se siente muy sola, deprimida y desea lograr una estabilidad. Frecuentemente recuerda el haber pasado por un aborto y además estar trabajando como prostituta, no parece haber indicios de ideación suicida, refiere que nunca lo ha pensado.

Examen Mental

Aspecto General:	poco interés en el arreglo personal.
Actividad Motora:	moderada
Expresión del Rostro:	triste, decaído
Mímica:	normal
Expresiones Afectivas:	cansada
Ansiedad:	moderada
Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no

Obsesiones y Fobias:	ninguna
Sentimientos de Despersonalización:	no
Atención Voluntaria:	buena
Atención Espontánea:	buena

Diagnóstico Provisional

Eje I	F 32.9 Trastorno Depresivo no Especificado: (Trastorno depresivo menor).
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno.
Eje IV	Economía insuficiente. Condiciones laborales difíciles.
Eje V	EEAG: 54

Elisa

Edad: 29 años.

Nacionalidad: colombiana

Raza: blanca

Escolaridad: bachiller en comercio.

Estado Civil: separada, con una hija de 10 años.

Ocupación: altermadora.

Dirección: Bella Vista.

Religión: católica.

Medicación: ninguna.

Enfermedades a considerar: ninguna.

Nivel de Vida: medio-bajo

Niega el uso de cigarrillos y otras drogas. Afirma que ingiere bebidas alcohólicas, eventualmente.

Motivo de Consulta

La paciente manifiesta que se siente muy sola, decaída, piensa mucho en su familia, no tiene amigos, el trabajo se le hace muy difícil. Lloro mucho y muestra preocupación hacia su futuro, ya que desea poder lograr una estabilidad económica.

Hace un mes que reside en el país, vino a trabajar en una Sala de Masajes y aunque era la primera vez que laboraba como altermadora, vino a tratar de ganar dinero, ya que en su país no podía hacerlo.

Historia Personal

Elisa es la segunda de seis hermanos, hogar integrado, sus padres son muy humildes y viven de la agricultura, en un pueblo costero en Colombia. La economía siempre ha sido insuficiente. Culmina los estudios por decisión propia y se casó con un compañero de colegio, apenas terminaron, sale embarazada y luego empieza a trabajar como oficinista en un local comercial. La relación con el esposo no era buena, por lo que a los cuatro años se

separan. Luego a los dos años, se vuelve a unir, pero la relación nuevamente fracasa y se separan definitivamente.

Desde entonces, vuelve a vivir con los padres, ya que se queda sin empleo y pierde su casa, escucho que podía venir a otro país a trabajar y decide hacerlo, por lo que vino con otra amiga, pero a esta la envían a otro lugar, por lo que no se ven con frecuencia.

Desde que llega al país el ánimo se ha vuelto decaído, tiene la sensación de siempre estar "triste", le cuesta concentrarse y apartarse a su nueva vida. Tiene que quedarse otros tres meses más, debido a la firma del contrato laboral.

Examen Mental

Aspecto General:	poco interés en el arreglo personal.
Actividad Motora:	moderada
Expresión del Rostro:	triste, decaído
Mímica:	normal
Expresiones Afectivas:	cansada
Ansiedad:	moderada
Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no
Obsesiones y Fobias:	ninguna
Sentimientos de Despersonalización:	no
Atención Voluntaria:	buena
Atención Espontánea:	buena

Diagnóstico Provisional

Eje I F 32.9 Trastorno Depresivo no Especificado.

Eje II Ninguno.

Eje III Ninguno.

Eje IV Economía insuficiente.

Condiciones laborales difíciles,

Eje V EEAG: 64

Esmeralda

Edad: 21 años.

Nacionalidad: colombiana

Raza: blanca

Escolaridad: no culmina el bachillerato.

Estado Civil: separada, con dos hijas de cuatro y dos años.

Ocupación: alternadora.

Dirección: reside en el bar y pensión donde labora.

Religión: católica.

Medicación: ninguna.

Enfermedades a considerar: ninguna.

Nivel de Vida: medio-bajo

Afirma que ingiere bebidas alcohólicas, eventualmente.

Fuma con frecuencia.

Motivo de Consulta

Paciente acude a evaluación debido a que desea saber como mejorar su estado de ánimo y lograr estar más tranquila. Hace seis meses que empezó a trabajar en un bar y pensión, como alternadora, y desde entonces no puede dormir bien, llora con frecuencia, no tiene ánimos para realizar otras actividades, muestra mucha preocupación, y le falta energía.

Historia Personal

Esmeralda, es la segunda de tres hermanos, padres separados desde hace muchos años, tuvo un padrastro que vivió con ella y hermanos varios años, la madre se vuelve a separar, afirma que la mayor parte del tiempo quiso estar con su padre, pero su madre no estuvo de acuerdo. Por lo que fue siempre muy rebelde. A los 16 años, queda embarazada de un vecino de 25 años, la madre hace que se casen y van a vivir a la casa del joven, al principio la

relación, no presento problemas, luego del nacimiento de la segunda niña, deciden separarse y Esmeralda vuelve a vivir con la madre.

Empieza a trabajar en hoteles y restaurantes, allí empieza a salir con algunos huéspedes del hotel y le pagan por los servicios de compañía. Hace seis meses, le ofrecen venir a trabajar al país y acepta, dejando a las niñas bajo el cuidado de su madre.

El trabajo en el bar es muy diferente a lo que ella esperaba, los síntomas antes descritos en el motivo de consulta, empiezan a hacerse más constantes y frecuentes. Ha empezado a fumar.

Examen Mental

Aspecto General:	poco interés en el arreglo personal.
Actividad Motora:	moderada
Expresión del Rostro:	triste, decaído
Mímica:	normal
Expresiones Afectivas:	cansada
Ansiedad:	moderada
Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no
Obsesiones y Fobias:	ninguna
Sentimientos de Despersonalización:	no
Atención Voluntaria:	buena
Atención Espontánea:	buena

Diagnóstico Provisional

Eje I F.32.9 Trastorno Depresivo no Especificado.

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno.

Eje IV Economía insuficiente.
 Condiciones laborales difíciles

Eje V EEAG: 63

Patricia

Edad: 20 años.

Nacionalidad: colombiana

Raza: morena

Escolaridad: III año de secundaria.

Estado Civil: separada, tiene un hijo de dos años.

Ocupación: alternadora.

Dirección: reside en el bar y pensión donde labora.

Religión: católica.

Medicación: ninguna.

Enfermedades a considerar: ninguna.

Nivel de Vida: medio-bajo

Afirma que ingiere bebidas alcohólicas, eventualmente.

Fuma con frecuencia.

Motivo de Consulta

La joven acude a consulta debido a que padece de síntomas tales como llanto fácil, insomnio, pérdida de apetito, dificultad para tomar decisiones y autodevaluación. Manifiesta que dichos síntomas los presenta desde hace algún tiempo y que fue atendida en su país, pero que no culminó el tratamiento. Nunca fue medicada u hospitalizada. Desea ser evaluada nuevamente.

Historia Personal

Patricia proviene de un hogar integrado, es la menor de tres hermanos. La relación en su hogar fue disfuncional, el padre es alcohólico y la madre fue en realidad quien atendía el hogar. Había maltrato físico del padre hacia la madre y para ella la situación familiar siempre fue caótica, se llevaba mejor con la hermana mayor, quien era su apoyo. En los años escolares, presentó

problemas académicos, no se caracterizaba por ser buena alumna, de hecho no le interesó terminar el bachillerato.

A los 17 años decide irse a vivir con su novio y la familia de este, viven juntos por espacio de casi dos años, el compañero la maltrataba física y psicológicamente. Por lo que decide separarse y volver a la casa de sus padres, con su hijo.

Hace un mes que reside en el país, vino con un contrato para trabajar en un bar como alternadora, planea quedarse, por espacio de seis meses, como mínimo. El hijo está bajo el cuidado de la abuela materna. La paciente, refiere que desde los catorce años, ha sido atendida por psicólogos, pero sin buen seguimiento.

Examen Mental

Aspecto General:	moderado interés en el arreglo personal.
Actividad Motora:	rápida
Expresión del Rostro:	triste, decaído
Mímica:	normal
Expresiones Afectivas:	cansada
Ansiedad:	elevada
Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no
Obsesiones y Fobias:	ninguna
Sentimientos de Despersonalización:	no
Atención Voluntaria:	buena
Atención Espontánea:	buena

Diagnóstico Provisional

Eje I **F 32.9. Trastorno Depresivo no Especificado**

Eje II **Ninguno**

Eje III **Ninguno.**

Eje IV **Economía insuficiente.
Condiciones laborales difíciles.**

Eje V **EEAG: 62**

Inés

Edad: 25 años.

Nacionalidad: panameña

Raza: Blanca

Escolaridad: IV año de secundaria.

Estado Civil: casada, tiene un hijo de tres años.

Ocupación: alternadora.

Dirección: Carrasquilla.

Religión: católica.

Medicación: ninguna.

Enfermedades a considerar: ninguna.

Nivel de Vida: medio-bajo

Afirma que ingiere bebidas alcohólicas, eventualmente.

Niega el uso de cigarrillos.

Motivo de Consulta

Acude voluntariamente a consulta por encontrarse triste y con deseos incontenibles de llorar. Al preguntarle desde cuando se encuentra así, no puede reprimir el llanto, y manifiesta que desde que tiene uso de razón. Cuando tenía 5 años sufrió un abuso sexual de un tío suyo de 17 años de edad. Desde hace dos años, labora como prostituta, primero en una sala de masajes y ahora labora en un Bar y Pensión, en donde vive, siendo la única panameña que trabaja y vive en el local.

Desea que le realicen una evaluación, ya que se siente triste en casi todo momento y desea mejorar su vida.

Historia Personal

Inés es la cuarta de seis hermanos. Es la pequeña de las cuatro hermanas cuyas edades son 24, 20 y 19 años, y la mayor de sus dos hermanos de 14 y 2 años. Cuando ella nació sus padres esperaban un varón y ella piensa que

decepcionó a sus padres, "en realidad yo debería haber sido un varón". Nivel socio – económico bajo, padres sin estudios. A los cinco años sufrió un abuso sexual, por parte de un tío de 17 años, ella no puede recordar ni los detalles de esa escena "como si todo estuviera en una niebla" ni en que consistió realmente el abuso. Cree que sólo tuvo lugar una vez y se acuerda de haber visto algo con sus hermanas mayores, pero no sabe si ellas se acordarán. Después de ocurrir se lo contó a sus padres y ellos, con mucha naturalidad, le dijeron que no pasaba nada. La madre entonces le lavó sus partes y su padre fue a hablar con su hermano. No sabe que es lo que hablaron pero no volvió a suceder jamás. A los ocho años mantuvo una conversación sobre aquello con su madre y sus hermanas, pero no se acuerda de lo que hablaron. Se considera independiente desde los 5 años, sintiéndose mayor. Siente que ha perdido la inocencia, que le han quitado algo. "A partir de aquí soy la que soy ahora, no he cambiado mucho, me siento vieja, como si tuviera 40 años". Durante muchos años ha sentido "desprecio" y manifiesta su deseo de competir con los hombres en el plano intelectual. Los únicos hombres a los que no ha despreciado son su padre y sus hermanos. Le cuesta confiar en los hombres.

Se caso hace tres años, con un vecino en el pueblo donde vivía con sus padres, hace dos años decide venir a la capital a buscar un empleo y empieza a trabajar como alternadora en un spa, luego empieza a laborar en un bar y pensión y se queda viviendo allí, hace tres meses que esta trabajando en el bar. Su hijo de tres años, está con el padre en la su casa en el interior, ella le envía dinero y los visita de vez en cuando. Ellos desconocen que trabajo realiza.

Examen Mental

Aspecto General:	marcado interés en el arreglo personal.
Actividad Motora:	rápida
Expresión del Rostro:	triste, tenso
Mimica:	alterada
Expresiones Afectivas:	cansada
Ansiedad:	elevada

Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no
Obsesiones y Fobias:	ninguna
Sentimientos de Despersonalización:	no
Atención Voluntaria:	buena
Atención Espontánea:	buena

Diagnóstico Provisional

Eje I	F 34.1 Trastorno Distimico
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno.
Eje IV	Víctima de abuso sexual en la infancia. Economía insuficiente. Condiciones laborales difíciles,
Eje V	EEAG: 61

Martha

Edad: 28 años.

Nacionalidad: colombiana

Raza: blanca

Escolaridad: III año de secundaria.

Estado Civil: viuda, tiene tres hijos de 9, 6, y 4 años.

Ocupación: alternadora.

Dirección: Bella Vista.

Religión: católica.

Medicación: ninguna.

Enfermedades a considerar: ninguna.

Nivel de Vida: medio-bajo

Afirma que ingiere bebidas alcohólicas, eventualmente.

Fuma con frecuencia.

Motivo de Consulta

Paciente refiere presentar dificultad para dormir, ha disminuido su apetito, llora con facilidad, se siente irritable y con pocos ánimos para realizar las actividades diarias. Hace tres meses reside en Panamá, empezó a trabajar en la sala de masajes hace apenas 15 días. Manifiesta que extraña mucho a sus hijos, pero que por ahora no puede cambiarse de trabajo, ni volver todavía a su país, pues necesita dinero y aún no lo tiene. Solicita atención para poder sentirse mejor y mejorar su situación emocional.

Historia Personal

Martha, es la segunda de tres hermanos, hogar integrado, toda su familia esta en Colombia. No reporta datos de consideración en su historia personal. Manifiesta que su niñez fue muy tranquila, sus padres son personas humildes, pero que le brindaron cariño y apoyo, la relación con sus hermanos es buena, pero un tanto distante, ya que viven en otras ciudades.

A los 17 años, empieza a trabajar en un restaurante, para ayudar a sus padres y abandona los estudios. Los padres apoyan su decisión, a los 18 años ingresa nuevamente a la escuela nocturna y entonces conoce a un joven, con el que se casa y queda embarazada, refiere que su vida era muy tranquila, no trabajaba, se dedicaba a cuidar a sus hijos, ya que tiene tres (9, 6, y 4 años), su esposo trabajaba en un supermercado. Hace 10 meses, la paciente queda viuda, ya que el esposo muere tras haber sido asaltado.

La paciente manifiesta, que al verse sola con su tres hijos, se sintió muy desesperada y no sabía que hacer, sus padres y hermanos son muy humildes para ayudarla económicamente, por lo que decide empezar a trabajar. Una amiga le comenta sobre venir a Panamá a trabajar en un bar y acepta intentarlo, tentada por la posible entrada de mucho dinero, los niños quedaron con sus padres, los llama casi todos los días y les envía dinero. Sus planes son quedarse por unos meses, hasta ahorrar dinero suficiente, para instalar un pequeño negocio en Colombia.

Examen Mental

Aspecto General:	moderado interés en el arreglo personal.
Actividad Motora:	rápida
Expresión del Rostro:	triste, tenso,
Mímica:	alterada
Expresiones Afectivas:	cansada
Ansiedad:	elevada
Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no
Obsesiones y Fobias:	ninguna
Sentimientos de Despersonalización:	no
Atención Voluntaria:	buena
Atención Espontánea:	buena

Diagnóstico Provisional

Eje I	F 32.9 Trastorno Depresivo no especificado
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno.
Eje IV	Fallecimiento del esposo. Economía insuficiente. Condiciones laborales difíciles,
Eje V	EEAG: 54

Sara

Edad: 25 años.

Nacionalidad: colombiana

Raza: trigueña

Escolaridad: Bachillerato en comercio.

Estado Civil: unida, tiene un hijo de seis años.

Ocupación: alternadora.

Dirección: Area Bancaria.

Religión: católica.

Medicación: ninguna.

Enfermedades a considerar: ninguna.

Nivel de Vida: medio-bajo

Afirma que ingiere bebidas alcohólicas, eventualmente.

Fuma socialmente, cuando está en el trabajo.

Motivo de Consulta

Acude a consulta debido a que desde hace más o menos 4 meses presenta severos problemas para concentrarse o tomar decisiones, se siente muy insegura, con poco apoyo de los que la rodean. Su llanto surge con facilidad, ha empezado a fumar y tomar con mayor frecuencia. Los problemas económicos la agobian, refiere que se siente desesperada y muy triste, ya que no puede cambiar muchas cosas de su vida, (sentimientos de desesperanza).

Historia Personal

Sara es la mayor de tres hermanas, todas son de padres diferentes, la joven antes de venir al país vivía con la madre, el padrastro, sus hermanas, dos sobrinos y su hijo de seis años. Su padre murió, cuando la joven tenía 10 años, la relación con la figura paterna no era buena, se veían eventualmente, la relación con la madre siempre fue conflictiva, ya que según la paciente, nunca la han entendido.

Sara, abandono el hogar a los 18 años, empezó a trabajar como mesera en bares y discotecas, eventualmente atendía a clientes, quienes le pagaban por servicios de acompañante y favores sexuales. La paciente refiere que llego a enamorarse de un cliente y quedo embarazada de este, no le brindo apoyo, por lo que decidió tener a su hijo sola y regresa a la casa de su madre.

La joven regresa a trabajar como recepcionista en un hotel, se enamora de un compañero de labores y empiezan a vivir juntos, hace un mes deciden venir a trabajar a Panamá. Su hijo queda a cuidado de su madre en Colombia. Su compañero actualmente labora en una imprenta, la situación económica es difícil por lo que empieza a buscar empleo. Sara, refiere que el trabajo que encontró era como alternadora en una sala de masajes, por lo que debido a razones económicas, acepta el trabajo. Su compañero desconoce donde trabaja realmente.

Examen Mental

Aspecto General:	moderado interés en el arreglo personal.
Actividad Motora:	rápida
Expresión del Rostro:	triste, tenso,
Mímica:	alterada
Expresiones Afectivas:	cansada
Ansiedad:	elevada
Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no
Obsesiones y Fobias:	ninguna
Sentimientos de Despersonalización:	no
Atención Voluntaria:	buena
Atención Espontánea:	buena

Diagnóstico Provisional

Eje I	F 32.9 Trastorno Depresivo no especificado
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno.
Eje IV	Economía insuficiente. Condiciones laborales difíciles,
Eje V	EEAG: 57

Soledad

Edad: 35 años.

Nacionalidad: colombiana

Raza: Blanca

Escolaridad: Bachillerato completo.

Estado Civil: separada, tiene dos hijos de 16 y 14 años.

Ocupación: alternadora.

Dirección: Vía Argentina.

Religión: ninguna.

Medicación: ninguna.

Enfermedades a considerar: ninguna.

Nivel de Vida: medio-bajo

Afirma que ingiere bebidas alcohólicas, eventualmente.

Fuma don frecuencia.

Motivo de Consulta

Acude a consulta debido a que presenta síntomas depresivos tales como: pérdida de apetito, baja autoestima, sentimientos de minusvalía y desesperanza, insomnio, llora con frecuencia, se siente infeliz. La paciente refiere que le cuesta adaptarse al país y al trabajo que realiza.

Historia Personal

Soledad es hija única, su madre murió cuando ella tenía 10 años, no conoció a su padre. Estuvo bajo el cuidado de sus abuelos maternos, refiere que recibió de ellos mucho amor y atención, su mamá murió en un accidente de auto, en donde ella también viajaba, recuerda ver morir a su madre y que esto la marco para toda la vida, manifiesta que lleva una tristeza de siempre, desde ese momento, cada vez que lo recuerda se pone a llorar, " es como si siempre estuviera desprotegida".

Cuando era niña y durante la adolescencia recibió evaluación psicológica, en la vida adulta fue atendida por un psiquiatra y tomo algunos medicamentos,

pero no recuerda cuales eran, pero la ayudaban a sentirse mejor. Ella misma suspendió el tratamiento.

La paciente tiene dos hijos de 16 y 14 años, ambos varones, actualmente viven con los bisabuelos en Colombia, Soledad esta separada de su esposo hace 10 años, refiere que la relación es distante, no hay buen apoyo emocional y económico para sus hijos. Trabajaba en una empresa, pero la misma se fue a la quiebra, por lo que quedó desempleada, una vecina le comenta acerca de trabajar en otro país y buscar un mejor futuro, por lo que decide venir a Panamá, en donde tiene una amiga, con quien vive y empieza a trabajar en una Sala de Masajes.

Manifiesta que desea quedarse en el país, el tiempo suficiente para ahorrar algo de dinero y poder regresar con sus hijos. Se siente muy culpable del trabajo que realiza.

Examen Mental

Aspecto General:	poco interés en el arreglo personal.
Actividad Motora:	moderada
Expresión del Rostro:	triste, tenso,
Mímica:	alterada
Expresiones Afectivas:	cansada
Ansiedad:	moderada
Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no
Obsesiones y Fobias:	ninguna
Sentimientos de Despersonalización:	no
Atención Voluntaria:	buena
Atención Espontánea:	buena

Diagnóstico Provisional

Eje I F 32.9 Trastorno Depresivo no especificado

Eje II. Ninguno

Eje III Ninguno

**Eje IV Economía insuficiente.
 Condiciones laborales difíciles,**

Eje V EEAG: 60

Liliana

Edad: 35 años.

Nacionalidad: colombiana

Raza: Trigueña

Escolaridad: primaria completa.

Estado Civil: separada, tiene cuatro hijos de 17, 16, 10 y 4 años.

Ocupación: alternadora.

Dirección: Carrasquilla.

Religión: ninguna.

Medicación: ninguna.

Enfermedades a considerar: ninguna.

Nivel de Vida: bajo

Niega el uso de alcohol, cigarrillos u otras drogas.

Motivo de Consulta

Paciente afirma que desde que llegó al país hace más o menos un mes, no puede estar tranquila, se siente muy triste, decaída, no tiene deseos de comer, ni de dormir, extraña mucho a su familia y sobre todo a sus hijos. Muy lábil, manifiesta que llora por todo, no sale casi del cuarto en donde vive, no atiende a los clientes, se muestra insegura en todo momento.

Historia Personal

Liliana, es la tercera de siete hermanos, hogar integrado, afirma que sus padres son de muy escasos recursos, por lo que no acudió al bachillerato, vivía en un campo, en una provincia de Colombia. Trabajo en casa de familia desde los quince años y antes de venir a Panamá, ese era el oficio que realizaba.

Tiene cuatro hijos, actualmente esta separada de su compañero, no hay apoyo económico ni emocional para sus hijos, por lo que la situación económica es crítica. Un contacto del bar donde trabaja actualmente, le ofrece venir a Panamá, le dice que ganara bastante dinero y que sería mesera en un bar. Soledad decide venir, le hacen formar un contrato y comprometerse a pagar su

pasaje poco a poco, al llegar al país, le dicen realmente que trabajo deberá realizar y que tiene que pagar la deuda para poder regresar a su país.

Soledad, refiere que se siente desesperada ya que no tiene ánimos de atender a los clientes, que las pocas veces que lo ha hecho, termina llorando y sintiendo peor. Desearía poder regresar a su país, pero debe cumplir tres meses para saldar sus deudas. La paciente no tiene ánimos para realizar actividades diarias, no hay apoyo de las compañeras de trabajo, afirma que ocasiones no tiene dinero suficiente para comer. Trata de llamar a sus hijos por lo menos una vez a la semana, refiere que la vida en ese bar es lo mas difícil que ha tenido que hacer.

Examen Mental

Aspecto General:	poco interés en el arreglo personal.
Actividad Motora:	moderada
Expresión del Rostro:	triste, tenso, decaída, llanto fácil
Mímica:	alterada
Expresiones Afectivas:	cansada
Ansiedad:	elevada
Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no
Obsesiones y Fobias:	ninguna
Sentimientos de Despersonalización:	no
Atención Voluntaria:	buena
Atención Espontánea:	buena

Diagnóstico Provisional

Eje I	F 32.9 Trastorno Depresivo no especificado
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno.
Eje IV	Economía insuficiente. Trabajo estresante. Condiciones laborales difíciles,
Eje V	EEAG: 64.

Ayda

Edad: 22 años.

Nacionalidad: colombiana

Raza: Trigueña

Escolaridad: bachillerato completo, cursos en informática.

Estado Civil: separada, tiene una hija de 1 año.

Ocupación: alternadora.

Dirección: Carrasquilla.

Religión: ninguna.

Medicación: ninguna.

Enfermedades a considerar: ninguna.

Nivel de Vida: bajo

Niega el uso de alcohol, cigarrillos u otras drogas.

Motivo de Consulta

Paciente acude debido a que no se siente bien en el trabajo actual, ha empezado a presentar insomnio, pérdida de apetito, ha bajado casi 10 libras de su peso normal, no desea realizar ninguna actividad, durante el día se queda encerrada en su cuarto, no interactúa con las demás compañeras, siente insatisfacción con vida, manifiesta que no se adapta al país, ni a su trabajo actual.

Historia Personal

Ayda, es la menor de cinco hermanos, hogar desintegrado, cuenta con el apoyo de su madre, afirma que la relación con el padre es distante, hay buena relación con sus hermanos.

Una vez culminó el bachillerato, empezó a trabajar en una óptica, se enamoró de un joven, salieron por algún tiempo y entonces queda embarazada, el compañero no le brinda apoyo, por lo que decide tener a su hijo, con el apoyo de su familia.

Decide venir a trabajar en el país debido a razones económicas y porque le ofrecieron un trabajo diferente. Le habían dicho que iba a estar en un bar, pero no como prostituta, al llegar al país firmo un contrato por tres meses, en donde debería pagar la deuda del pasaje avión. Afirma que no le quedo más remedio que aceptar las condiciones laborales, ya que no tenía dinero suficiente para regresar a su país. Manifiesta que le molesta su trabajo y desea estar con su bebé, llora durante casi toda la entrevista, se muestra alerta, cooperadora, desea recibir ayuda y sentirse mejor.

Examen Mental

Aspecto General:	poco interés en el arreglo personal.
Actividad Motora:	moderada
Expresión del Rostro:	triste, tenso, decaída, llanto fácil
Mímica:	alterada
Expresiones Afectivas:	cansada
Ansiedad:	elevada
Orientación Espacial:	buena
Orientación Temporal:	buena
Organización del Pensamiento:	bueno
Alucinaciones:	no
Ideas Delirantes:	no
Obsesiones y Fobias:	ninguna
Sentimientos de Despersonalización:	no
Atención Voluntaria:	buena
Atención Espontánea:	buena

Diagnóstico Provisional

Eje I	F 32.9 Trastorno Depresivo no especificado
Eje II	Ninguno

Eje III	Ninguno.
Eje IV	Economía insuficiente Trabajo estresante. Condiciones laborales difíciles;
Eje.V	EEAG: 58