



UNIVERSIDAD ALHER ARAGÓN

INCORPORADA A LA UNAM

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

CLAVE DE INCORPORACIÓN 8952-25

“PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL
FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES RESILIENTES
Y SU INFLUENCIA EN CONDUCTAS SEXUALES DE
RIESGO EN TRABAJADORAS DEL SEXO EN LA ZONA
MERCED-MIXCALCO DE LA CDMX”

T E S I S

EN QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ANA MILENA MONTEJO RAMIREZ

ASESOR

LIC. MAURICIO CAMPOS CANO

NEZAHUALCÒYOTL, MÈXICO, NOVIEMBRE, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Resumen.....	2
Abstract.....	3
Introducción.....	4
Planteamiento del problema.....	6
Justificación.....	7
Preguntas de investigación.....	9
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos.....	11
Viabilidad.....	12

CAPÍTULO I
HABILIDADES RESILIENTES

• Definición conceptual.....	14
• Antecedentes históricos.....	16
• Habilidades sociales.....	18
• Modelos teóricos de la resiliencia.....	20
• Factores característicos de la resiliencia.....	20
• Fenómenos Psicológicos relacionados con la resiliencia.....	23
• Medición de la resiliencia.....	25

CAPÍTULO II
TRABAJO SEXUAL

• Antecedentes históricos.	32
• Definición conceptual.....	35
• Diferencias conceptuales entre trata de personas y trabajo sexual..	36
• Trabajo sexual en México.....	39
• Actualidad mexicana en el trabajo sexual.....	41
• Simbolización en trabajadoras sexuales.....	42

CAPÍTULO III CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

• Sexualidad.....	44
• Sexo biológico.....	45
• Identidad sexual y de género.....	46
• Expresión de género y preferencias sexuales.....	47
• Conductas sexuales	48
• Conductas sexuales de riesgo.....	50
• Infecciones de transmisión sexual.....	50

CAPÍTULO IV INTERVENCIÓN

• Antecedentes históricos.	54
• Fundamentos teóricos de la intervención grupal.....	58
• Definición Psicoterapia.....	62
• Psicoterapia o terapia psicológica.....	63
• Intervención.....	64
• Grupo.....	65
• Grupos psicoterapéuticos.....	66
• Objetivo de la intervención grupal.....	67
• Modelos psicoterapéuticos he intervención grupal.	68
• Perspectiva Psicoanalítica.....	68
• Perspectiva Psicodinámica.....	70
• Perspectiva Centrada en el grupo.....	71
• Perspectiva Gestalt.....	73
• Perspectiva Sistémica.....	75
• Perspectiva Cognitivo- Conductual.....	76
• Clasificación y características de un grupo.....	78
• Técnicas y tácticas grupales.....	80
• Técnicas de intervención Cognitivo-Conductual.....	81

RESUMEN

La siguiente investigación se lleva a cabo con el objetivo de elaborar un programa de intervención para el fortalecimiento de habilidades resilientes de las trabajadoras sexuales, de igual manera se busca analizar la influencia de la resiliencia en las conductas sexuales de riesgo en trabajadoras del sexo.

Por tanto, se analizan las habilidades resilientes, desde sus antecedentes, así como las implicaciones de esta habilidad en los seres humanos y su desarrollo, de igual modo, se examinan las conductas sexuales de riesgo, el trabajo sexual, las investigaciones existentes en cuanto a estos temas, aplicados en el tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS), con el fin de observar de qué forma influyen los aspectos que rodean la resiliencia en el desarrollo de ésta, en la población dedicada al desempeño del comercio sexual.

En este trabajo se hace uso de la Escala de Resiliencia Mexicana (RESIM., 2010), para fundamentar el diseño de la propuesta de intervención que se aplica a dicha población, con el fin de provocar el desarrollo de las habilidades resilientes en mujeres trabajadoras sexuales.

ABSTRACT

The following research is carried out with the objective of developing an intervention program for the strengthening of resilient skills, as well as analyzing the influence of resilience on sexual risk behaviors in sex workers.

Therefore, resilient skills are analyzed, from their antecedents, as well as the implications of this ability in human beings and their development, likewise, sexual risk behaviors, sex work, existing research regarding these are examined. topics, applied in the treatment of human immunodeficiency virus (HIV) and sexually transmitted infections (STI), in order to observe how the aspects surrounding resilience influence the development of this disease, in the population dedicated to the Sex trade performance.

This paper uses the Mexican Resilience Scale (RESIM, 2010), to support the design of the intervention proposal that is applied to this population, in order to provoke the development of resilient skills in women workers sexual.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realiza considerando el contexto del trabajo sexual en México, así como, las conductas sexuales de riesgo entorno a tal desempeño y las habilidades resilientes que pueden desarrollarse como método de acción en la prevención y apoyo a esta población; dado que la prostitución como anteriormente era denominada esta práctica, es un tema de alerta a causa de las concepciones moralista e ideológicas en cuanto al comercio sexual; pues se encuentra ligado con la trata de personas.

Ante la situación planteada, es evidente que es un tema postulado en foco rojo ante cualquier perspectiva y en ocasiones dejando en el olvido el tratamiento que pueda proporcionarse a las mujeres que realizan esta labor por decisión propia.

De igual modo, conviene resaltar que la práctica del comercio sexual y el funcionamiento del trabajo sexual en nuestro país se encuentran estrechamente ligados a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Por tanto, la magnitud de la contingencia ante las conductas sexuales de riesgo en las mujeres que ejercen esta labor (trabajo sexual) es, como ya se hizo mención, una alerta constante; sin embargo, se ha observado que una parte de esta población ha logrado salir avante con el apoyo de asociaciones civiles dedicadas al apoyo de mujeres que laboran en el trabajo sexual.

De aquí la importancia del análisis de tal problemática, por lo cual, el objetivo primordial es la observación del fenómeno, para así lograr una propuesta de intervención, con el fin de que esta población pueda contar con las herramientas necesarias no solo para protegerse, sino también desarrollar de manera continua aspectos resilientes que les permitan el crecimiento psicológico y personal para sobresalir de cualquier circunstancia por adversa que está sea.

Es así, que el profundizar en la indagación de tal temática, desde la perspectiva psicológica, es un interés que parte del análisis previo del trabajo sexual, donde se pudo constatar que es una población no solo marginada, sino también delegada al olvido, ello genera la necesidad de un aporte teórico-práctico que dé pie a nuevas

investigaciones al respecto y en el caso de las trabajadoras sexuales, que mediante la intervención que se proponga, estas puedan desarrollar habilidades resilientes en aquellas mujeres que aún no cuentan con información y apoyo al respecto.

En cuanto al interés profesional, puede exponerse que versó en el conocimiento del contexto social y laboral que envuelve el trabajo sexual, así como las variables que condicionan tanto las conductas sexuales de riesgo como la resiliencia en estas mujeres.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente el trabajo sexual tanto en México, como en el mundo es un tema de alerta, crítica e incluso de señalamiento, debido a la concepción que durante el transcurso de la historia se le ha dado a la prostitución, bajo constructos morales, religiosos y sobre todo políticos. No obstante, aún bajo los criterios prejuiciosos en torno al tema, es una realidad que se vive no solo en nuestro país sino en el mundo, por lo que es una parte de la población catalogada como marginal, según mencionan Hernández y Morales (2011).

De igual modo, resulta oportuno mencionar que según el análisis de Mejía (2014), una de las apremiantes hoy por hoy, es el tema del VIH y las ITS, mismas que a nivel cultural son atribuidas a las llamadas “mujeres de la vida galante”, por el hecho de provenir de contextos marginales como zonas rojas (lugares de tolerancia), por ello se han dejado estigmatizadas en cuanto a las infecciones de transmisión sexual y hasta cierto punto han sido delegadas al olvido, puesto que son pocas las investigaciones que se enfocan en estas mujeres, sus habilidades y lo que puedan aportar mediante el análisis de temáticas como en este caso la resiliencia y su influencia en las conductas sexuales de riesgo.

Teniendo en cuenta lo anterior, en cuanto a la delegación de esta población a la oscuridad y dejo social, se buscó de manera profunda el posible apoyo que las trabajadoras sexuales pudiesen obtener de su contexto, encontrando que, aunque son pocas, en México existen asociaciones dedicadas a la promoción de la salud en la población dedicada al trabajo sexual, en las que según Delgado (2017), mediante los apoyos proporcionados, a la fecha se ha logrado una conciencia de cuidado en las mujeres dedicadas al comercio sexual y por tanto un índice mínimo de contagio, dado que, a manera indirecta pero certera se han desarrollado factores resilientes, para lograr tal objetivo.

JUSTIFICACIÓN

Dado el planteamiento anterior, es importante el análisis de esta problemática, así como, conocer los elementos que se han utilizado para el desarrollo de las habilidades resilientes de estas mujeres, pues existen como se mencionó, pocas investigaciones al respecto, entre las más representativas se encuentra la realizada por Uribe, Hernández-Tepichin, Del Río y Ortiz, elaborada en 1995, misma que teniendo en cuenta los cambios de esa fecha a la actualidad, pueden estar rebasadas por nuevas evidencias. Esto representa la necesidad del conocimiento pertinente en el contexto actual, para poder brindar el apoyo a nivel psicológico que requieran las trabajadoras sexuales, con el fin de que aquellas que aún no cuenten con el desarrollo de habilidades resilientes, puedan tener una intervención precisa, bajo el conocimiento certero que este trabajo proporcione como fundamento.

Al margen de esto, Uribe, Hernández-Tepichin., Del Río y Ortiz (1995), exponen que en lo referente al VIH, existe un factor común en la transmisión, en los que las trabajadoras sexuales se infectan a través de prácticas sexuales sin protección, estos autores explican que en el trabajo que realizan, cuentan con pocas posibilidades de negociación con el hombre (cliente), esto en lo referente a la adopción de medidas precautorias, así mismo, mencionan que constantemente es él (cliente), quien rechaza el uso del condón, por lo que en ocasiones incluso ofrece más dinero para no utilizarlo.

Del mismo modo Romieu, Herrera, Hernández y Sepúlveda-Amor (1991 citado en Uribe et, al 1995), explican que dicha situación ocasiona conflicto en lo que respecta a la prevención de infecciones de transmisión sexual, esto como parte de los resultados obtenidos en la investigación que realizaron a clientes de trabajadoras sexuales en la capital mexicana, encontrando en 89% de clientes que declararon una negativa rotunda ante la protección sexual.

Conviene resaltar que la anterior cita contiene datos de la investigación realizada por Uribe y colaboradores, la cual data de hace poco más de dos décadas, como se expone en párrafos anteriores. Por lo que, una de las apremiantes es analizar

las estadísticas y porcentajes que pueda arrojar la investigación actual, para renovar los datos anteriormente expuestos.

Simultáneamente, el Centro Nacional para la Prevención y el control de VIH y el SIDA (*CENSIDA*)(2017), informa en su artículo, la existente alarma en cuanto al VIH en nuestro país con un porcentaje elevado en la población dedicada al trabajo sexual, de las cuales arroja...“17.3% en mujeres transgénero... y las mujeres cisgénero, con 0.7%”. (p.2)

Sintetizando estos últimos datos podemos obtener una cuantificación mínima en relación a las mujeres cisgénero dedicadas al trabajo sexual con menos del 1 %, y un porcentaje por arriba del 17% en mujeres transgénero. En tanto, convendría cuestionar lo siguiente:

¿El fortalecimiento de habilidades resilientes influirá en las conductas sexuales de riesgo en trabajadoras sexuales?

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Existen habilidades resilientes que influyen en las conductas sexuales de riesgo en trabajadoras sexuales?

¿Cuáles son las simbolizaciones que presentan y/o manifiestan las trabajadoras sexuales en cuanto a sí mismas y su autocuidado?

¿Cuáles son las líneas de intervención grupal apropiadas para capacitar y habilitar aspectos resilientes en trabajadoras sexuales?

¿Influyen las creencias socioculturales sobre la protección en las conductas sexuales al ejercer el trabajo sexual?

OBJETIVO GENERAL

Diseñar una propuesta de intervención a partir de los resultados que se obtengan de la aplicación de la Escala de Resiliencia Mexicana (RESIM), con el fin construir un taller para fortalecer las habilidades resilientes en un grupo de trabajadoras sexuales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar la existencia de habilidades resilientes en las trabajadoras sexuales y conocer si éstas influyen en las conductas sexuales de riesgo.
- Analizar las simbolizaciones que presentan y/o manifiestan las trabajadoras sexuales en cuanto a sí mismas y su autocuidado.
- Examinar la influencia de las creencias socioculturales en las habilidades resilientes de las trabajadoras sexuales en las conductas sexuales de riesgo.
- Establecer la influencia de las habilidades resilientes en la toma de decisiones al momento de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo en las trabajadoras sexuales.

VIABILIDAD

En cuanto a las fuentes que se requieren, existe información pertinente para el análisis del tema, además es importante mencionar que el patrocinio de esta investigación parte del respaldo de la asociación civil Brigada Callejera de Apoyo a la Mujer, “Elisa Martínez” A. C. (BCAM), la cual lleva 30 años de labor con las trabajadoras sexuales, en pro de la promoción de la salud sexual. Por lo que la existencia y acceso a la información primaria en cuanto al tema es abundante, más no así en investigaciones bajo este rubro.

Las participantes de esta investigación, son mujeres de entre 18 y 70 años que se dedican al trabajo sexual, en la Col. Merced- Mixcalco del centro histórico de la CDMX. De igual modo, se ocupa de un asesor, una investigadora y dos guías miembros de la asociación que indicarán el manejo de la zona.

En cuanto a los aspectos éticos, esta investigación no pretende ocasionar ningún daño, ni alteración a los sujetos participantes, (ayuda sin daño)(partiendo de lo que quiera la persona) por el contrario, la finalidad es poder conocer las herramientas resilientes que utilizan estas mujeres para confrontar las situaciones adversas y encarar las actividades sexuales de riesgo, con el objetivo de que tal conocimiento proporcione las bases necesarias para elaborar una intervención grupal que fortalezca las habilidades resilientes en las trabajadoras sexuales en general.

Se pretende que el tiempo de investigación se lleve a cabo en 2 meses, a partir del mes de junio de 2018. El financiamiento de este estudio, parte de los sustentos económicos que BCAM; estos se proporcionan como impulso a nuevas investigaciones al respecto, para este efecto se ocuparon \$300 pesos, en materiales de uso en la investigación.

CAPÍTULO I

HABILIDADES RESILIENTES

La Resiliencia es un concepto escuchado en distintos campos, dado el núcleo de la palabra en sí, por ello es necesario conocer cómo se define, para obtener un mayor conocimiento del concepto, por tanto en las siguientes líneas se habla de su definición, así como de la concepción del término históricamente, uso y definición en el campo de aplicación psicoterapéutica. Es conveniente hacer mención que este capítulo encierra los cambios dados al concepto en el plano de tiempo, en el contexto psicológico y social, con el fin de proporcionar una perspectiva amplia y nutrida del tema en sí, es por ello que se da punto de partida del tema desde el origen de la palabra.

- Definición conceptual

El término resiliencia refiere un tipo de fortaleza que ayuda a resurgir, esto manifestado en los seres humanos, sin embargo para conocer el núcleo del término es necesario conocer las raíces etimológicas del mismo.

Para ello, Gil (2010), asegura que la palabra deviene del inglés *resilience*, cuya definición en el Diccionario Oxford expresa un “acto *de rebotar o saltar hacia atrás; rebotar o retroceder*”. (Gil, 2010, p. 7)

Contrario a lo expuesto antes, Utria (2015), asevera que el vocablo nace de la antigua lengua Romana y expone textualmente; “El origen etimológico de la resiliencia, se encuentra en el latín *resillo*, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. Este término proviene de la física y se refiere a la capacidad de un material para recobrar su forma después de ser sometido a altas presiones. En el campo psicosocial se refiere a la capacidad del ser humano para recuperarse de la adversidad”. (p.29)

En particular los dos autores llegan al mismo punto y es el nacimiento y núcleo de la palabra, para que pudiese ser tomada con el objetivo de expresar el contenido de la resiliencia.

A continuación y con el objetivo de profundizar en esta temática, es necesario destacar las diferentes definiciones que se proporcionan al concepto de resiliencia bajo la perspectiva de distintos autores.

Así pues, Oblitas (2009), refiere que para poder hacer una definición acerca de resiliencia es necesario conocer su proveniencia desde la física, en cuanto a la adaptación de la materia aun después de fuertes impactos, lo cual en el campo psicológico puede traducirse y utilizarse como conceptualización en procesos y actos que proporcionen el soporte al individuo de las contingencias que le rodean. Paralelamente Rutter (1985 citado en Salgado, 2005), expone que resiliencia se describe como la capacidad de prevalecer, crecer, ser fuerte y hasta triunfar a pesar de las adversidades, asegura que está caracteriza a aquellas personas que a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos.

De igual modo Cyrulnik (2002, citado en Fraga, 2015); habla de la resiliencia como una cualidad que el individuo puede poseer, cuyo proceso parte en el nacimiento y culmina en la muerte, haciendo un entrelazado continuo, unificado al entorno.

Teniendo en cuenta lo anterior Sevilla (2014), acentúa que el concepto resiliencia contiene tres componentes esenciales que son la noción de adversidad, la adaptación positiva y el proceso resiliente, ello en conjunto provoca que cuando el sujeto se enfrenta a una adversidad, la resiliencia le permita llevar a cabo una adaptación positiva a pesar de la dificultad que esté atravesando.

En conclusión puede exponerse de manera general y en función de no volver repetitivas las ideas textuales, que los autores consideran la resiliencia, no como un rasgo, sino como un estado, producto de un proceso dinámico entre factores protectores y de riesgo que pueden ser contruados, desarrollados y promovidos en el individuo, mismos que se deben identificar a partir de las fortalezas del ser humano, así como el desarrollo de potencialidades y el despliegue de las competencias que él mismo tenga y los recursos con los que cuente.

Al margen de lo anterior, dentro de las necesidades de esta investigación, es pertinente profundizar en explicación de la resiliencia en el ser humano, su desarrollo y manifestación, por lo que a continuación se tocan los antecedentes históricos, con el fin de conocer cómo surgió su estudio en el campo psicológico.

- Antecedentes históricos

Como pudo leerse en párrafos antecesores, la resiliencia se define actualmente como una capacidad de afrontamiento, sin embargo para llegar a esa denominación hubo que atravesar un camino de investigaciones que avalan tal afirmación, por lo que en este caso habrá que ahondar en su desarrollo histórico en el campo de la psicología y su función en el ser humano. Durante la pesquisa bibliográfica se pudo corroborar que el concepto de resiliencia en el ámbito psicológico está adaptado tanto a la educación, como a la salud en lo que refiere a su aprendizaje y desarrollo. En párrafos previos pudo visualizarse el porqué del uso de tal palabra para el concepto y núcleo propios de la resiliencia en los diversos ámbitos que se ocupa y es que el simple hecho de expresar una capacidad de recobramiento aun a pesar de presiones adversas, deja una amplia idea acerca de la profundidad de elementos que contiene, en efecto es necesario también conocer, cómo se comienza a utilizar el término y de donde partió en referencia a las investigaciones psicosociales.

Al margen de esto, se retoman las ideas de Badilla y Sancho (1997 citado en Utria, 2015), quienes aportan datos sobre el nacimiento de este concepto, asegurado que fue mediante las investigaciones del psiquiatra Inglés Michel Rutter y su equipo, que la definieron como una expresión multifacética que conjuga factores tanto del contexto como del las habilidades individuo, sin embargo estos solo dejaron abierto el camino para lo que posteriormente daría cabida al concepto y su definición a partir de investigaciones y análisis de manera más centrada, lo cual con el tiempo se expresa que el trabajo de Emy Werner elaborado en 1982, que comprendió el estudio de un grupo desde el nacimiento de sus integrantes hasta los 40 años, tal trabajo tomó una población en la que algunos de sus participantes estaban aparentemente condenados a problemas futuros. Manifiesta Uriarte (2005) que esta autora evaluó 698 casos en la isla de Kawai en Hawaí, comenzando en 1955, proporciono seguimiento a 201 niños y en el transcurso de 30 años, logro recabar resultados satisfactorios en 72 de ellos, esta investigación se basó en los factores de riesgo que tenían, a pesar de esto un porcentaje mínimo de estos niños lograron tener éxito, siendo socialmente productivos, pudiendo constituir familias estables ,

por lo que inicialmente fueron llamados “niños invulnerables”, terminología dada para comprender el desarrollo de personas sanas en condiciones ambientales insanas, pero rápidamente fue descartado por su connotación biologicista, por tanto se denominó “*capacidad de afrontar*”, a este último se le adjuntó el adjetivo “resiliente”, del inglés *resilient*, que expresa la capacidad de afrontar. (Uriarte, 2005, p.63)

De igual modo, Oblitas (2009), menciona acerca del descubrimiento de resiliencia por parte Werner, como se menciona en el anterior párrafo exponiendo que durante sus hallazgos en investigaciones epidemiológicas en Hawái, se observó a las personas integrantes del grupo en análisis en situaciones de pobreza extrema, los cuales se encontraban expuestos a situaciones de riesgo, también expone que como resultado del estudio se observó que un bajo porcentaje del total de la muestra, lograron sobreponerse a tales hechos, logrando no solo salir de la adversidad, sino también creciendo como personas en cuanto al cumplimiento de metas y logrando éxito en los campos concernientes a su vida.

Así mismo Sevilla (2014), menciona que en tanto a esta investigación, se pensó inicialmente que respecto a la minoría que logro exentar las situaciones adversas, se catalogarían como invulnerables y excepcionales, pero bajo el análisis de los resultados obtenidos se logró la identificación de rasgos personales y sociales, que evidenciaban su resiliencia, la cual se nutría de capacidades ordinarias, como el que aquellos que superaron las condiciones adversas habían establecido lazos seguros de afecto y apoyo con alguna persona durante su infancia, que no era necesariamente alguno de sus padres. A partir de esto se desmitifica la idea de que un desarrollo infeliz dirigía al individuo (niño) a la manifestación de problemas psicopatológicos.

Teniendo en cuenta esto, posteriormente se dio un progreso en cuanto a la consideración dada a la resiliencia, viéndola como un proceso en constante movimiento que hacía un amalgamamiento entre ambiente, individuo y adaptación, lo cual daba como resultado el desarrollo de resiliencia, dejando así la anterior creencia de que está solo podía generarse durante la infancia, por lo que con estas

ideas quedaba acentuado el que podría desarrollarse en cualquier momento de la vida del individuo, sin importar el tipo de situación adversa o traumática atravesada, en otras palabras, se marcó la pauta para que mediante esto se fortaleciera y superará la problemática.

(...)“La noción dinámica de la resiliencia (...) requiere de la interacción de factores resilientes provenientes de tres niveles diferentes: yo tengo (apoyo externo o social), yo soy (fortaleza interna o recursos personales) y yo puedo (habilidades y estrategias de afrontamiento)”(...). (Sevilla, 2014, p. 6)

Como se mencionó anteriormente, puede distinguirse una perspectiva con mayor acentuación en el campo de estudio que compete a la psicología y ciencias sociales, pues se denomina no solo la profundidad del concepto, sino también la perspectiva de análisis que se le debe dar en la observación y desarrollo de la resiliencia como tal.

Al mismo tiempo es necesario explorar la relación que puede tener la resiliencia con el entorno del individuo, por ello se indagan también las habilidades sociales para poder diferenciarlas de la resiliencia y a su vez para aclarar de qué manera funcionan tales habilidades sociales, por ello en los párrafos posteriores se ve la explicación de estas habilidades.

- Habilidades sociales

Como se dijo antes, es importante hacer una diferenciación entre resiliencia y habilidades sociales, pues pueden llegar a parecer similares, por ello se lleva a cabo un análisis en cuanto a la interrelación constante entre estas (resiliencia y habilidades sociales.), entendiendo que el poder socializar es resultado de las habilidades que se tienen para tal acción, bajo este precepto se indaga no solo el concepto, sino también la forma en que se puede estructurar en el ser humano y lo que conlleva el tener o no tales habilidades.

De tal manera que, Muñoz, Crespí y Angreus (2011), mencionan que el concepto de habilidades sociales tomó impulso en la década de los 60”, dejando claro que la habilidad como tal, se refiere a las conductas específicas que son necesarias en el

desarrollo satisfactorio de un acto, por tanto las habilidades sociales expresan un comportamiento o conducta que funge como entretejido que da la pauta de la interacción y relación para con los demás, de forma exitosa y satisfactoria, logrando aceptación y valoración en el contexto social. Estos autores explican que tales habilidades son comportamientos aprendidos y observables en la conducta verbal y no verbal, implicando aspectos emocionales y cognitivos en el proceso de adquisición.

En cuanto al tema de las competencias sociales Peñafiel y Serrano (2010), sugieren que éstas tienen impacto en el desarrollo y resultados del niño que posteriormente será adulto, pues su importancia radica en que de ahí parte la asimilación de roles y reglas sociales en el momento de relacionarse con otras figuras de su entorno, además de que proporcionan las habilidades sociales que influyen en su adaptación tanto social, como emocional y cognitiva.

Consecuentemente Phillips (1985 citado en Gismera, 1996), en su remembranza explica que desde la década de los 30", se inició con el origen de la conceptualización de las habilidades sociales, a partir de que la psicología social comenzó a estudiar la conducta social de niños de los que analizaron diversos aspectos que en la actualidad serían denominados como habilidad social; es así como para 1937, Murphy, Murphy y Newcomb, expusieron a través de sus resultados de investigación la distinción entre dos clases o tipos de asertividad, donde una es aceptada y la otra molesta ante el contexto social; ello explica las normatividades existentes en la sociedad en cuanto a lo aceptado y no aceptado en los actos que se realizan de manera individual pero socialmente expuestas.

Finalmente según aclara Gismera (1996), puede concluirse que las habilidades sociales son un vínculo de unión entre el individuo y su ambiente, pues como ya se mencionó, esto se explica a través la conexión existente en la función y núcleo en las habilidades sociales, exponiendo de igual forma la diferencia existente con la resiliencia, pues en las primeras como ya se dijo, se da el enlace del sujeto con su entorno y en la segunda, tenemos la capacidad de resurgimiento ante los hechos de vida adversos. Con el fin de proporcionar mayor claridad a esto último, se expone la definición de las habilidades resilientes para acentuar esta diferenciación.

De modo que, a partir de esto se da la apertura de las modalidades y perspectivas teóricas dadas a la resiliencia, tomando tales perspectivas como pautas de conocimiento.

- Modelos teóricos de la resiliencia.

Con respecto a las perspectivas teóricas, puede vislumbrarse que a través de los distintos enfoques psicológicos, existen puntos de vista que en algunos casos se vinculan, dado el resultado de sus ideas, aun a pesar de ser divergentes.

Bajo esta tesitura, Fraga (2015), expone que el concepto de resiliencia, aparece en el ámbito de la psicología en 1942, a través de los escritos de Bárbara Scoville, mismos que adquieren mayor difusión luego de la década de los 70" y a partir de los años 90" se adoptó en los países latinoamericanos, pudiendo ser definida por los investigadores de muchas formas y puntos de entendimiento.

De igual modo en referencia a la diversidad de perspectivas, Grotberg (1999, citado en García-Vesga y Domínguez-de la Ossa, 2013) expone la necesidad de reconsiderar los primeros resultados en el estudio realizado por Werner, aplicado durante varios años en Hawái, en los que se analizó la existencia de diferencias en la adaptabilidad positiva a la sociedad aún bajo la característica de provenir de contextos con extremo riesgo social, con padres alcohólicos y bajo constante estrés, esto arrojó como resultado la obtención de un porcentaje mínimo de personas que logró salir avante, con una estructura personal positiva y con probabilidades para un avance mayor en el futuro.

Al margen de esto Sevilla (2014), menciona que el desarrollo de la Psicología Positiva tuvo como objetivo identificar las fortalezas o factores protectores que permitían superar de forma favorable las adversidades, se enfocó en las potencialidades y capacidades de las personas, dejando en segundo plano sus deficiencias y limitaciones, bajo el precepto de que los momentos de crisis son inevitables y fungen como parte del desarrollo y crecimiento humano, de ahí la importancia que se le ha dado a la investigación de la resiliencia.

Con el objetivo de clarificar la definición de la psicología positiva y el fundamento de ésta, Seligman (2016), aclara que es un movimiento científico cuyo objetivo principal es la exploración de todo aquello que en el individuo proporcione un valor para su existencia y la lucha por esta, para conocer cómo se crean condiciones para una existencia plena, por lo que el análisis parte de la comprensión del bienestar y su identificación, posteriormente se hace una exploración acerca de los puntos que provocan sufrimiento, con el fin de deshacer tal concepto y enfocarlo bajo nuevas perspectivas de vida.

En síntesis puede acentuarse la importancia del núcleo tanto de la resiliencia, como del enfoque dado por la nueva corriente psicológica en tanto al desarrollo del individuo y su modelamiento teórico en cuanto a su objetivo de investigación.

A partir de esto, en el siguiente apartado se realiza un breve esbozo de los factores que pueden ayudar en su desarrollo.

- Factores característicos de la resiliencia.

Antes de profundizar en los factores es necesario aclarar que aunque inicialmente en las investigaciones se llegó a describir la habilidad resilientes como invulnerabilidad, dicho por García-Vesga, y Domínguez-de la Ossa (2013), se hizo una división de tal elucidación dado que la “invulnerabilidad”, como tal es considerada un rasgo intrínseco a la persona, mientras que la Resiliencia es promovida por la misma persona, y esta le brinda la capacidad de superar y sobrevivir a las adversidades presentes en su contexto, análisis que aterriza en el tema que se pretende estudiar en las trabajadoras sexuales, pues estos autores enfatizan que en el área psicosocial la Resiliencia promueve procesos que implican a la persona en cuanto al ambiente que lo rodea, su aceptación y fortalecimiento para que pueda superar riesgos que se le presenten y logre una calidad de vida idónea para su desenvolvimiento.

Conviene resaltar que los factores resilientes, no se generan ni se adquieren, al contrario, estos deben ser desarrollados y aprendidos a partir de conductas, a través

de diversas intervenciones enfocadas a su construcción y mantenimiento de manera estratégica. (Trujillo, s/f)

En esta tesis Sevilla (2014), expresa que los factores propuestos asociados a la resiliencia son el apoyo que percibe el individuo de manera externa, su autoestima y autoconcepto, así como el autocontrol ante las situaciones que le presenten los diferentes momentos y situaciones de vida, además del locus de control con el que cuenta cada individuo, sus estrategias de afrontamiento, optimismo y sentido del humor.

De igual modo Wolin y Wolin (1993 citado en Sevilla 2014), mencionan que con respecto a los factores resilientes se analizan aspectos como el humor, partiendo de la capacidad que el individuo pueda encontrar en la tragedia un punto cómico, de igual modo la capacidad de relacionarse, su compromiso con los valores y reglas sociales, la introspección que pueda realizar a través de observar sus pensamientos, emociones y actos del día a día, la independencia que tenga al establecer límites entre él y los ambientes adversos, las personas más cercanas y el mantenimiento de distancias emocionales y físicas, sin llegar al aislamiento, la capacidad de exigirse y ponerse a prueba, de responsabilizarse y controlar los problemas que le presenta el contexto, así como su iniciativa y creatividad en torno a la creación primeramente de orden en cada campo de la vida, prosiguiendo con la belleza y finalidad a partir del caos y el desorden que se presenten en la misma. Así pues, Grotberg (1999), pionera en la noción dinámica de la resiliencia, da una explicación de ésta, a través de la interacción de factores resilientes provenientes de tres niveles diferentes que son yo tengo, yo soy y yo puedo, entre los que como ya se ha mencionado de manera reiterada, la percepción que el individuo tiene de apoyo externo es importante aun cuando no provenga de sus padres, como es de esperarse, de igual forma y no menos importante está la fortaleza interna, es decir los recursos con los que cuenta, sus habilidades y estrategias de afrontamiento en cualquier situación que se le presenten.

En particular los componentes de la resiliencia y la noción de adversidad, adaptación positiva y proceso resiliente, según Fletcher y Sarkar (2013), están generalmente vinculados con circunstancias y consecuencias negativas o factores

de riesgo, mientras que Luthard y Cicchetti, así como Masten y Obradovic, (2003, citados en Fletcher y Sarkar, 2013), aclaran que al amalgamar la situación negativa con eventos vitales positivos que generalmente no están asociados a perspectivas favorables sino más bien a resultados indeseables, al visualizar el momento desde otra perspectiva, es donde se da cabida a la resiliencia.

Finalmente Saavedra (2005 citado en Palomar y Gómez, 2010), dice que para que una persona pueda protegerse ante un entorno hostil, deben intervenir factores protectores en distintas áreas del desarrollo como son: “Factores personales: Nivel intelectual alto en el área verbal, disposición al acercamiento social, sentido del humor positivo y un equilibrio en el estado biológico.

Factores cognitivos y afectivos:

Son la empatía, una óptima autoestima, la motivación de logro, el sentimiento de autosuficiencia y la confianza en que se resolverán los problemas.

Factores psicosociales:

Un ambiente familiar agradable, madres que apoyan a sus hijos, una comunicación abierta, una estructura familiar estable, buenas relaciones con los pares. “(Palomar y Gómez, 2010, p. 9)

Otro punto a tratar son los fenómenos que rodean el hecho de que pueda o no llevarse a cabo el desarrollo de las habilidades resilientes, con el objetivo de acentuar todos los aspectos que rodean el tema en cuestión, en lo subsecuente se lleva a cabo el análisis de este tema.

- Fenómenos Psicológicos relacionados con la resiliencia.

La resiliencia como se ha intentado exponer en el transcurso de este trabajo, es un conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales, mismos que en el individuo se manifiestan según Cáceres (2012), homogéneamente a los procesos sociales e intrapsíquicos, esclareciendo que la resiliencia, es el resultado de una combinación de ... *“factores que permiten a las personas desarrollarse, triunfar, realizarse y hacer las cosas bien a pesar de las condiciones de vida adversas”* ... (Cáceres. 2012, p. 2)

Partiendo de ello se puede analizar que tal perspectiva permite acentuar la resiliencia como una ventaja para adaptación y mejora del individuo, bajo este rubro Uriarte (2005), menciona que esta (resiliencia), trabaja para que logre resistir y superar las adversidades, obteniendo a través de ellas una construcción íntegra aun a pesar del evento traumático. Con esto se afirma que aun cuando se haya tenido una infancia infeliz, precaria y conflictiva, esto no es determinante para que el proceder futuro sea de igual modo pobre, nulo o negativo.

Esto a su vez abre la incógnita en cuanto a ¿cuáles pueden ser factores de riesgo y apoyo para la generación de resiliencia?, o en su defecto para que esta no se logre instaurar en los esquemas de desarrollo del individuo en su caminar de vida. Bajo esta interrogante es pertinente explicar que desde la perspectiva de Palomar y Gómez (2010), un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia en una persona o grupo de personas que se asocia a un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso dañino, en el caso de las trabajadoras sexuales, pueden ser tanto ambientales, como comportamentales, socioculturales y económicos, mismos que pueden ser acumulativos o conjugarse, aumentando así el efecto que pudiesen tener en la persona expuesta, por otro lado y de forma contraria existen factores que disminuyen las probabilidades de problemáticas tanto en la persona como en su contexto y estos se denominan protectores, dado que protegen he inducen al desarrollo de resiliencia, entre los que pueden encontrarse tanto el entorno familiar y el apoyo que pueda obtener de este, pues es en la familia donde se encuentra el primer elemento de socialización, donde se espera que aquí se proporcione educación y formación, lo cual construye al individuo, permitiendo que sus miembros sean personas autónomas, o por el contrario que sean capaces de enfrentarse e integrarse a la vida.

En conclusión los fenómenos que rodean las habilidades resilientes radican en la influencia determinante que conlleva la aparición y mantenimiento de distintos problemas en el transcurso de vida y estos a su vez determinan en el desarrollo de resiliencia, no obstante aun cuando no se encuentre esta formación en el núcleo

familiar, puede obtenerse en otro ámbito social o por personas cuyos lazos no necesariamente son filiales, además conviene resaltar que no solo son los aspectos familiares, sino también los contextuales, psicológicos y biológicos por los cuales atraviese o haya atravesado los que proporcionan la apertura al desarrollo de estas habilidades de resurgimiento.

Ahora bien como punto de cierre del tema de resiliencia es habido indagar también sobre cuál o cuáles son las perspectivas en cuanto a su medición, cuántos tipos son conocidos en nuestro país y cuáles son aplicados y porqué.

- Medición de la resiliencia

Como pudo analizarse en puntos anteriores existen diversos factores propios de observación en tanto a la resiliencia y su desarrollo, por esto es necesario observar los distintos métodos de medición, así como los diversos instrumentos existentes para ello. Por lo cual en la pesquisa documental se hallaron las siguientes perspectivas de instrumentos para el estudio de estas habilidades:

“Medición del proceso de resiliencia:

En este caso se refiere a la unión crítica entre adversidad y adaptación positiva. Los dos modelos que intentan evaluar el proceso son:

“ a) *Modelos basados en variables:*

Parte de un análisis estadístico que indaga las conexiones entre variables de riesgo o adversidad, resultados esperados y factores protectores que pueden compensar o proteger los efectos de riesgo. Este modelo permite replicar aquellos patrones o interacciones que demostraron ser exitosos en la adaptación resiliente.

b) *Modelo basado en individuos:*

Esta forma de medición compara individuos a lo largo del tiempo. Se pregunta qué diferencia a un individuo resiliente de uno no resiliente a lo largo de su vida o en alguna área en particular. Este enfoque pretende capturar interacciones entre factores que ocurren en forma natural y plantear hipótesis respecto a qué fue lo que causó la diferencia en el resultado de la adaptación” (Salgado, 2005, p. 42)

Ahora bien, lo anterior considera los modelos que se proponen para la medición de resiliencia, también se debe tener claro que de estos nacen diversos instrumentos que proporcionan el constructo necesario para el análisis de estas habilidades, por lo que conviene resaltar los siguientes instrumentos:

Primeramente Salgado (2005), menciona que el Search Instituto en 1989 construyó un Cuestionario de Perfil de vida del estudiante a través de las actitudes comportamentales, mismo que consta de 156 ítems que miden: 8 principales características (habilidades del desarrollo), que son: Apoyo, fortalecimiento, límites y expectativas, uso constructivo del tiempo, compromiso con el aprendizaje, valores positivos, capacidad social e identidad positiva, así como los indicadores para continuar siendo exitoso, entre los que se analizó tanto el éxito en la escuela, ayuda proporcionada a otros, el respeto a la diversidad, el mantenimiento de buena salud, el liderazgo, la resistencia al daño, y el poder sobreponerse a la adversidad y mantener las gratificaciones. Déficit en el desarrollo: Estar solo en casa, sobreexposición a la televisión, abuso físico, ser víctima de violencia y fiestas con consumo alto de alcohol. También se analizan 24 conductas de riesgo, tales como uso de químicos, conductas antisociales e involucramiento sexual, de igual modo conviene hacer mención de que el tiempo que se requiere para desarrollar el cuestionario es de 50 minutos aproximadamente.

De manera subsecuente este mismo autor refiere a Jew, quien en 1992, construyó la Escala de Resiliencia para determinar el nivel de un individuo en tres facetas de la resiliencia que son: optimismo, adquisición de la habilidad y riesgo tomado, llevando a cabo un análisis factorial confirmatorio de esta Escala. Los análisis factoriales exploratorios separados con tres grupos diversos condujeron a la definición de las subescalas que tenían algunas semejanzas, en cuanto a los ítems, fueron comparados con tres variaciones de la Escala, usando tres grupos de edades (adultos, adolescentes y niños). En dicho estudio se reportaron los resultados de la tentativa de explorar la estabilidad de la estructura de la resiliencia a través de categorías de edad, así como a través de género. Se encontró que un modelo de 17 ítems y 3 factores era al menos parcialmente invariable entre los datos. Además,

los análisis arrojaron que la estructura de la Escala de Resiliencia era drásticamente diferente para las mujeres con respecto a los varones que respondieron.

Simultáneamente Wagnild y Young (1993), construyen la Escala de Resiliencia (ER), con el propósito de identificar el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo. Fue desarrollada en una muestra de 810 adultos del género femenino residentes de comunidades, aunque como lo señalan los autores también puede ser utilizado con la población masculina y con un amplio alcance de edades. Todos los ítems se basan en una escala de 7 puntos; a partir del 1 "Estar en desacuerdo", hasta el 7 "Estar de acuerdo". Los ítems están escritos en forma positiva y reflejan con exactitud las declaraciones hechas por los participantes. Los posibles resultados varían desde 25 hasta 175 en donde a mayor puntaje, se considera que existe mayor resiliencia.

Por su parte Grotberg (1995), desarrolló dos medidas de resiliencia en niños. La primera muestra las viñetas que representan para los niños situaciones difíciles y la segunda es una lista de chequeo para adultos. Dos estudios examinaron la validez de estos métodos para evaluar la resiliencia en niños, por lo que el primer estudio se centró en la validez de las viñetas y las mediciones usadas de soporte social y la vinculación parental como predictores, trabajando con 68 estudiantes (en promedio de 12 años), quienes respondieron a las viñetas describiendo adversidades y completando cuestionarios sobre vinculación parental y fuentes de apoyo social y sus profesores respondieron la lista de chequeo de resiliencia. Los resultados indicaron que el predictor más importante de resiliencia fue el apoyo de fuentes informales. El segundo estudio examinó la estructura del factor de resiliencia en la lista de chequeo. Los profesores completaron la lista de chequeo de 40 estudiantes (en promedio de 13 años) y evaluaron sus competencias escolares. Los estudiantes respondieron a las viñetas de medida y al Cuestionario de evaluación de sus habilidades sociales e identificaron los apoyos sociales. Conviene resaltar que fueron cuatro factores los identificados en la Lista de chequeo de resiliencia donde: *"... (1) "Yo puedo": Resiliencia social/interpersonal, para enfrentarse a ambientes escolares,*

(2) *"Ambiente facilitativo": Resiliencia interna surgida en apoyos familiares,*

(3) *"Yo soy": Resiliencia interna, surgida en apoyos no familiares,*

(4) *"Yo tengo": Habilidades sociales."* (Grotberg., 1995, p.45)

En definitiva, Grotberg (1995), reitera en que los resultados de los dos estudios indicaron que las dos mediciones de resiliencia en niños se relacionan significativamente con los predictores independientes de la resiliencia.

Subsecuentemente tenemos a Perry y Bard (2001, citados en Salgado, 2005), quienes construyeron una Escala denominada, Evaluación de Resiliencia para estudiantes, misma que consta de 25 reactivos, en los que el encuestado debía indicar el grado de aprobación o desaprobación. Conviene resaltar que está conformada por dos factores, que reflejan la definición teórica de resiliencia, donde el factor I, se denomina "competencia personal" e indica autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio, y perseverancia, para este se comprenden 17 ítems, por otra parte el factor II, fue llamado "Aceptación de Uno Mismo y de la Vida" y representa adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable. Estos ítems reflejan aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad. Comprendiendo así 8 ítems.

En resumidas cuentas, según Salgado (2005), estos dos factores toman en consideración las siguientes características de resiliencia que son: ecuanimidad, que es considerada como la perspectiva balanceada en el individuo de su propia vida y experiencias; "esperar tranquilo" y, tomar las cosas como vengan; por ende se moderan las respuestas extremas ante la adversidad, del mismo modo se toca la perseverancia que refiere al acto de persistencia a pesar de la adversidad o desaliento, connota un fuerte deseo lucha, involucramiento y práctica de autodisciplina constante.

Por otra parte pero no menos importante, este autor menciona la confianza en sí mismo, la cual define como la creencia en sí mismo y en sus propias capacidades; también considerada como la habilidad de dependencia de sí mismo, con el conocimiento pertinente de sus propias fuerzas y limitaciones. Otro punto es la satisfacción personal, que parte de la comprensión de la vida, su significado y de las propias contribuciones dadas a esta, finalmente expone que el sentirse bien, aun

estando solo, muestra la comprensión referente a que la senda de vida de cada persona es única, por lo que unos pueden compartir experiencias con otros; mientras otro tanto puede o debe enfrentar solo las vivencias que se presentan.

En conclusión, los instrumentos encontrados en cuanto al análisis de la resiliencia, fueron los mencionados anteriormente, sin embargo es importante mencionar que estos no se encuentran estandarizados en población mexicana, por tanto a continuación se hace una pequeña mención del instrumento que se utiliza en esta investigación, que es la escala de resiliencia mexicana (RESIM).

Como se mencionó con anterioridad, la resiliencia es un constructo multidimensional, por lo que bajo esta tesitura, Palomar y Gómez (2010), explican que también incluye habilidades que ayudan a los individuos a enfrentar la vida, es por ello que la RESI-M, contiene cinco dimensiones, en las que se agrupan algunas de las características que mostrarán las respuestas resilientes en diferentes niveles: individual, familiar y social. Al margen de esto, el nivel individual es muy importante, ya que está relacionado con conductas tales como fijarse metas, estar motivado, estar comprometido, tener autocontrol, ser responsable, tomar decisiones, afrontar pacífica y objetivamente los problemas, tener un locus de control interno y un sentido de vida, así como ser optimista; todo lo anterior se enmarca como la herramienta más potente para afrontar situaciones difíciles, y a través de las respuestas del evaluado permitirá su análisis, del mismo modo se considera que el apoyo familiar es el soporte social con mayor importancia, dado que es en el seno familiar donde se educa y se proporciona seguridad, así como apoyo tanto material como emocional que pueda obtener la persona y que se verá en el ámbito escolar, con sus pares y otras autoridades del contexto en el que se desenvuelve, todos esto, bajo los resultados que obtenga el individuo mostrará el que cuente o no con tales habilidades.

Así pues, a través de los párrafos precedentes, se observa el contexto de la resiliencia, cómo se inició su análisis en el campo humano y de qué formas se ha investigado hasta el momento, poniendo énfasis en la escala que se utiliza en la presente investigación.

No obstante, también es de primordial el conocimiento de otra de las variables aquí trabajadas, y estas son las conductas sexuales de riesgo, y el trabajo sexual por lo que a continuación se conocerá a detalle este tema.

CAPÍTULO II

TRABAJO SEXUAL

En el capítulo anterior se hablaba de resiliencia, dado que es una de las variables de análisis en esta investigación; además es uno de los factores que se pretende desarrollar en las trabajadoras sexuales, por lo cual, es necesario también indagar aspectos concernientes a la población con la cual se llevará a cabo este estudio, por ello se hablará del trabajo sexual, con el fin de tener una visión más amplia del entorno que rodea la práctica de esta labor.

En cuanto a esto, Mill (1964, citado en GómezJara y Barrera, 1992), habla en su ensayo sobre la prostitución, exponiendo que la concepción capitalista del término, fue cargado de valores morales convirtiéndolo en un calificativo sinónimo de mujeres de bajo instintos, señalándoles de perversas, de cascos ligeros y dejándolas ante los ojos de la sociedad, como aquellas que orillan a tentaciones bajas. No obstante, explica que dejando a un lado el supuesto con connotación negativa, es una práctica que puede analizarse como una subcultura y que de subsistir y prevalecer está, dejará de verse como positiva o negativa, dado que esta calificación solo parte de conceptos culturales.

Teniendo en cuenta esta breve conceptualización, es necesario conocer el contexto histórico en torno al tema, por lo que a continuación se dará un vistazo al pasado, para conocer de dónde parte esta práctica

2.1 Antecedentes históricos.

El margen histórico, es un punto de importancia, tomando en cuenta aquel dicho escuchado coloquialmente y atribuido a Confucio, donde a decir de los abuelos, si un pueblo no conoce o recuerda su historia está condenado a repetirla.

De aquí la importancia del recorrer sobre los antecedentes, en tanto al tema en cuestión; dado que la prostitución, ahora denominada trabajo sexual, es una actividad amalgamada según GómezJara (1992), al tejido construido en la historia del hombre a partir de constructos ideológicos propios de la cultura, que de manera arbitraria ubicó esta labor como lo más denigrante de su construcción social, situándoles en lo más oscuro y maligno de la misma, estigmatizado socialmente esta práctica.

Recogiendo lo más importante del tema en cuestión, en el transcurso de la historia, el proceso de desarrollo de la humanidad, se encuentra marcado por la existencia de prostitución, tanto en la Grecia antigua como en las primeras tribus indígenas en América, en las que según Weber (2002), habría sido el primer antecedente de comercio sexual o prostitución, por así denominarlo pues el trueque de mujeres entre una y otra tribu, fue la manifestación primaria de esto, dado que eran usadas para la práctica de favores sexuales, que posteriormente se modificaron por el intercambio de alimentos o productos, esta acción dio como consecuencia la formación del matrimonio, que partía básicamente de la compra de una mujer, sin embargo acentúa que como tal es un hecho que llega más allá de la propiedad privada, pues en inicios no existía como tal un constructo en aquellos hombres primitivos, lo cual consecuentemente tomó otras perspectivas no solo por el aspecto de pertenencia, sino también por los esquemas religiosos y moralistas que el término y quienes realizaban tal acto contenían de forma negativa ante la sociedad. Al respecto Paraná (2009), en su análisis explica que la prostitución según sus investigaciones se origina en Asia, como parte de las costumbres Helénicas, y se denominaba como acto sagrado, pues para esa época histórica se acostumbraba que la mujer ofreciera su virginidad y fertilidad a los Dioses, esto con el fin de que su pueblo fuese bendecido. No obstante con el tiempo se fueron modificando tales creencias; llevándose posteriormente excesos, por lo que se comenzó a observar bajo sacrilegio pues ya era un acto degenerado en el cuerpo pues ya se comenzaba a usar como objeto de venta.

De igual modo, Tubert (2013), en su investigación histórica, hace alusión a la etapa histórica circundante en la Grecia clásica, donde las Hetairas, como se les nombraba a las cortesanas que proporcionaban compañía y favores sexuales, eran damas independientes, con mucha influencia, pero que en su mayoría provenían del esclavismo, propio de la época. Conviene resaltar que una de las características de las mencionadas, eran sus múltiples habilidades en lo referente a la danza, la música, así como diferentes saberes, dado que estas mujeres, si recibían educación para poder involucrarse en los temas tocados en las fiestas a las que acudían; un personaje alusivo a esta descripción se observa en la línea histórica griega, donde

aparece la figura representativa de Aspasia de Mileto, compañera de Pericles (470 a.c.-400 a.c.). Pero históricamente no son las únicas, pues también existe representatividad de estas en Japón con la Oirans y en Corea las Kisaens, bajo descripciones similares, así como en relatos bíblicos donde se expone la presencia de estas a priori a la etapa cristiana.

Las Oirans o Tayu, ubicadas en Japón, eran pues las trabajadoras de rango elevado en las zonas donde se proporcionaba placer, estas mujeres debían cubrir requisitos como figuras de belleza, por tanto la elegancia y clase debía reflejarse en estas, aclara Almazán (2014).

Continuando con Tubert (2013), refiere que en la antigua Mesopotamia, se reconoció por primera vez los favores sexuales por parte de las prostitutas, en el Código Hammurabi, primer tratado cuyo contenido hablaba de las leyes que protegían a los trabajadores, en el cual se reguló el derecho de estas mujeres a obtener un pago mediante su labor. De igual modo y bajo el mismo rubro, menciona como en Babilonia, obligaban a las ciudadanas a llevar a cabo prácticas sexuales, una vez por lo menos en sus vidas dentro del santuario de Militta, con cualquier extranjero que allí se encontrase, como signo de hospitalidad, obteniendo a cambio un pago por tal acto.

Paralelamente, en lo que refiere a nuestros ancestros culturales, González (1989), indica que los mexicas denominaban a las mujeres auanime, como referencia de ser estas expertas en cuestiones amorosas, vendiendo sus favores sexuales como trueque en tratos valiosos.

Al margen de esto, Ocampo (2006), relata que en los pueblos originarios, en las creencias religiosas, también se da la existencia de diosas representantes del placer, que de igual modo, aludían a la prostitución como es el caso de Xochiquetzal, protectora de las “Maqui” y “Laica”, los dos tipos de prostitutas de la antigüedad; las primeras dadas a guerreros o sacerdotes y las segundas para los macehuales (jóvenes de la tribu).

Finalmente y como parte de la conclusión en lo que respecta a los antecedentes de dicha práctica, Lamas (2003), deriva cualquier definición en la que se diferencie a la mujer buena de la mala, o de la que tiene título como esposa de aquella que

vende sus favores sexuales, puesto que observando de forma analítica el pasado, puede visualizarse, la concepción que desde inicios de la humanidad se tuvo de la mujer ante el sexo opuesto, pues fueron objeto de transacción tanto como siervas, esclavas y prostitutas; solo por el hecho de ser de género femenino. De igual modo retomando a Weber (2002), asegura que no existe ninguna etapa o hecho histórico en el que no se encuentre la presencia de prostitución y / o comercio sexual en su desarrollo o contexto.

Considerando lo anterior, puede tenerse como base, la visión del trabajo sexual en el recorrido histórico, sin embargo es necesario también, conocer la conceptualización dada a esta labor, por lo que a continuación se tocará su definición, para ampliar la perspectiva en torno al tema.

2.2 Definición conceptual

Antes de profundizar en el concepto, es importante hacer un breve análisis acerca de la estigmatización, como nos explica GómezJara (1992), la base del concepto que circunda a la prostitución; es decir, el estigma, es un término conceptualizado por los griegos, que exponían signos corpóreos usados para exhibir maldad, aspectos de moral débil, así como a la persona que los presentaba. Es importante mencionar que la terminología categoriza varias puntuaciones al respecto, pues se categoriza la estigmatización en tanto la acción sea más inferior, por lo que se exponen en forma decreciente, donde la vagancia ocupa el nivel más alto, seguido de delincuencia, señalando la prostitución y homosexualismo en su punto más bajo y por ende, el de mayor crítica moral, política y cultural, por lo tanto acreedora de prohibición.

Paralelamente, Sevilla (2003 citado en Betancur & Marín, 2011), explica que el término, refiere el fenómeno del trueque a cambio de amor, esta concepción propone el cambio del término prostitución por trabajo sexual, como punto de modificación en cuanto a la valoración negativa que socialmente se tiene de la labor, para que el constructo defina un intercambio que involucra la transacción, como un negocio complejo de compra y venta del disfrute erótico y sexual.

De aquí pues, el que se perciba socialmente bajo esquemas negativos, por ello, lo que hoy se denomina trabajo sexual, es una práctica definida a partir prejuicios moralistas, como la más antigua del mundo y la de mayor escándalo. Sin embargo lo que realmente la conceptualizó, fueron las precarias circunstancias sociales que obstruyen el desarrollo óptimo de la persona y la orillan a desenvolverse de esta forma, aún bajo desigualdades a partir de prácticas sexuales a cambio de cuestiones monetarias o proporcionando valor económico al acto sexual, (Di Filippo y Monroy, 2002).

Bajo esta misma tesitura, encontramos a Lamas (2017), quien en su reciente investigación acerca del comercio sexual en la Ciudad de México, explica que el concepto “prostitución”, tiene una doble definición dependiendo del tipo de feminismo ideológico que se tenga, dado que una de las ideologías de este movimiento la denomina una ...”*práctica degradante y opresiva para las mujeres*”...., esto claro está depende del pensamiento e ideología que se tenga, pues por otra parte, las feministas, entre las que se incluye esta autora, expone la autonomía que tiene la mujer en cuanto a las decisiones sobre sus actos.

Conviene resaltar que Widdows (2013, citado en Lamas, (2017), asegura que dentro de este movimiento feminista, algunas pueden pensar que tales decisiones pudiesen ser manipuladas por el género contrario, con el fin de explotarlas y otras piensan que es la mujer quien fuera de manipulación masculina, ya sea de proxeneta o pareja, decide por sí misma el llevar a cabo el trabajo sexual, por tanto estas últimas lo denominan trabajo sexual.

Así pues, con el objetivo de esclarecer la diferencia entre los conceptos y perspectivas del comercio sexual, a continuación se observará la definición de estos.

2.3 Diferencias conceptuales entre trata de personas y trabajo sexual.

La importancia en cuanto a la diferenciación de los dos conceptos, (trata de personas y trabajo sexual) es necesaria, pues puede confundirse y mal interpretarse, pues las dos abarcan comercio sexual, solo que la trata de persona,

es solo una de sus vertientes que en la rama sexual implica esclavismo en cualquier tipo y el segundo término, trabajo sexual, se enfoca en la comercialización por decisión de una persona en lo que refiere a la actividad sexual.

En referencia a esto, Brigada Callejera de Apoyo a la Mujer “Elisa Martínez” A.C. (2012), hace énfasis en la necesidad existente de diferenciar los términos, dado que son acciones distintas en el campo del actuar, explica que la trata de personas es explícita ante la justicia, vista pues, como un hecho delictivo, donde se lleva a cabo un abuso en el que personas de edades indistintas, con o sin consentimiento, son llevadas a tomar decisiones en las que no cuenta su voluntad, sino la obligación a la cual son orillados para realizar el hecho en sí.

Esta asociación aclara que un...“rasgo distintivo de trata, es el que existan una o varias personas que recurren a la amenaza, al uso de la fuerza u otras formas de coacción, como rapto, fraude, engaño, abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación”... (Brigada Callejera. 2012, p.p.79, 80)

En esta tesitura, la convención de Palermo (s/f, citada en Brigada Callejera. 2012), señala que la trata de personas es el resultado de hechos análogos a la esclavitud, donde se lleva a cabo la recepción, movimiento, transporte, así como resguardo de personas, a partir de engaños, agresión física y psíquica con el fin de llevar a cabo diversas formas de explotación entre las que sobresale al tema en cuestión, aquella de tipo sexual. Sin embargo la Brigada Callejera hace hincapié en que no todos los tipos de prostitución son explotación sexual o trata de personas, diferenciando así el trabajo sexual de las anteriores, puesto que en este tipo de labor, es la persona quien toma la decisión de ejercer tal oficio por su cuenta.

No obstante, en el análisis hecho por Durkheim (2001), demarca la prostitución, como un hecho patológico, a partir de la presencia de violencia extrema proporcionada hacia la mujer, por lo que a su parecer no podría verse reglamentado tal oficio a causa de sus raíces patológicas, con lo que se acentuará, la base teórica en torno a la trata de personas; conviene mencionar que este autor no hace tal diferenciación.

En yuxtaposición, esta conceptualización es abordada por Brigada Callejera (2016), asociación que no sólo refuta la idea, sino que invita a la separación entre la patología dada en la trata de personas, en la que se encuentran inmersos contextos patológicos graves, a diferencia del trabajo sexual en los que existe presencia de un contrato no material, pero sí, de palabra en el que de manera consensuada, se ofrece un servicio sexual a cambio de una remuneración.

De igual modo, GómezJara (1978), resume la definición de prostitución, como la recreación dada por una sociedad que industrializa el sexo, como una mercancía más, igual que cualquier otro producto elaborado que se ofrece al consumidor, dejando con esta idea, la claridad exponente de la comercialización sexual, expuesta como un servicio que por tanto, puede analizarse como que quien la lleva a cabo es un trabajador o trabajadora de la industria en que se realiza la compra-venta.

Tocante a lo anterior, Lamas (2017), habla sobre la visión de investigadores en cuanto al comercio sexual, donde se analiza un desarrollo en cuanto al comercio sexual, donde se conjugan aspectos económicos circundantes y una evolución cultural respecto al tema, pues se amalgama a la influencia de las costumbres antiguas y actuales; donde aunque no de manera total, resulta una reivindicación en cuanto a la libertad sexual, el derecho de las mujeres sobre su cuerpo y lo que hacen con él. No obstante desde perspectivas políticas y judiciales el trabajo sexual es aún perseguido, aplicando graves fracturas con esto en quienes se desempeñan como trabajadoras sexuales.

En conclusión, la definición actual para el trabajo sexual es la que proporciona la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) (2017), pues explica que la palabra prostitución es peyorativa para quienes la ejercen, por lo que denomina esta labor como trabajo sexual, misma que puede entenderse...”como el intercambio de servicios de índole sexual por bienes en especie o dinero”... (C.N.D.H, 2017, p.5) Teniendo clara la definición, es importante ahora visualizar el trabajo sexual en nuestro país, lo cual veremos en líneas siguientes.

2.4 Trabajo sexual en México

El comercio sexual es habido en el mundo, sin embargo en nuestro país, es un tema que se aborda más desde perspectivas jurídicas en cuanto a la trata de personas, dejando en el olvido las necesidades de quienes se desempeñan en el trabajo sexual.

Por lo que es necesario el recorrido histórico acerca del trabajo sexual en nuestro país, para conocer el porqué de la perspectiva actual en tanto al comercio y práctica en la labor sexual.

Ciertamente, a partir de conocer el camino de la prostitución en México, se modifican esquemas que generalmente se dirigen a prejuicios y estigmas. A partir del recuento histórico hecho por Bourdieu (1991, citado en Lamas, 2017), explica que inicia bajo una división en la que las necesidades masculinas debían ser cubiertas y satisfechas por las mujeres en las culturas prehispánicas, como parte de sus reglas de convivencia; por lo que la prostitución era común y se daba de diversas formas, que iban desde la hospitalaria, la religiosa y la civil, la primera era cotidiana como parte de la bienvenida que se proporcionaba a los extranjeros, en el segundo caso se proporciona, como parte de rituales en los que a partir del sexo previo al sacrificio se daba gratitud hacia sus Dioses y por otra parte se premiaba con las mujeres, el esfuerzo dado por los guerreros hacia su pueblo.

Lo anterior, dentro del periodo previo a la conquista, pues hasta ese momento la perspectiva de la prostitución no era estigmatizada, de hecho se les veía por igual a todas las mujeres, pues esta práctica era parte de su cultura, sin embargo con la llegada de los españoles, los modelos de pensamiento comenzaron a modificarse y a su vez a arraigarse nuevas perspectivas en tanto al comercio sexual.

Lamas (2017), expone que con la conquista, las mujeres dedicadas a esta labor comenzaron a ser mal vistas, considerándose como malas; lo cual propició que fuesen estas mujeres perseguidas y que a través de esto necesitaran protección; razón por la que se presentan los primeros proxenetes que eran en algunos casos las propias madres o sus maridos que fungen como vínculo para la transacción.

Nava (1990, citada en Lamas, 2017) explica, que para el periodo de 1700, en México, ya se ubicaban mujeres en calles y tabernas ofreciendo servicios sexuales, tornándose ya, como parte de la vida citadina.

No obstante para mediados del siglo XIX, se incluyen ideas del manejo dado por los franceses al comercio sexual, aplicando así controles sanitarios, con el fin supuesto de reglamentar el trabajo sexual, que para entonces aún se denominaba prostitución. Tal cambio, hizo que se comenzará también a elaborar un registro de ellas y haciendo que legalmente fueran atendidas por el sector salud de forma reglamentada; no obstante esto hizo que se percibiese el trabajo sexual como problemática social, ocasionando que cada vez hubiese más obstáculos para el desempeño de la trabajadora sexual.

Al respecto Becerra (2002), menciona que ante tales problemáticas sanitarias, las trabajadoras sexuales tenían que huir constantemente ante las reglamentaciones en constante cambio y en cuanto a las enfermedades se hicieron...”expertas en maquillar sus enfermedades”. (Becerra., 2002, p.86)

Aunado a esto en el recorrer histórico Núñez (1996, citado en Lamas., 2017), explica que para el periodo de la revolución mexicana, muchas mujeres quedaron en abandono, bajo situaciones precarias extremas, razón por la cual una parte de esta población comenzó a ejercer el trabajo sexual, tomándolo como salvavidas ante la precaria situación económica que vivían; pero el incremento en el comercio sexual elevo el descontrol existente en cuanto a las enfermedades venéreas, lo cual generó preocupación y hasta cierto punto obsesión en el aspecto jurídico y político por reglamentar el comercio sexual, fue así que para el primer cuarto del siglo XX, durante el gobierno de Lázaro Cárdenas, se estableció el código sanitario a cargo del sector salud, para intentar erradicar el trabajo sexual, cancelando permisos que ya existían para este ejercicio.

En cuanto a lo mencionado anteriormente, según Lamas (2017), devinieron durante los siguientes sexenios hasta la fecha, intentos agresivos para erradicar y dismantelar tanto el comercio sexual, como las zonas de tolerancia, por lo que ya hartas y desesperadas las mujeres dedicadas al trabajo sexual, decidieron organizarse para enfrentar estos métodos abolicionistas, logrando que en el

mandato de Echeverría, las denominadas zonas rojas (puntos de tolerancia), fuesen ordenadas, lo que hasta cierto punto dio cierta gratificación en estas mujeres, pero para el sexenio de López Portillo, se instauró un proceso de limpieza que afectó directamente a las trabajadoras sexuales, pues se reglamentó que las quejas vecinales en cuanto al comercio sexual, pudieran fungir como elementos propios de prueba para detenerlas y juzgarles.

Con esto podemos visualizar, la magnitud existente en el transcurso histórico de la lucha que han llevado estas mujeres, que a causa de las situaciones culturales, políticas y económicas, han sido no solo juzgadas, sino delegadas y tachadas como la parte oscura de la sociedad.

Ahora bien, bajo el contexto del trabajo sexual en la actualidad, es de suma importancia conocer datos al respecto; por tanto a continuación se exponen algunos.

2.4.1 Actualidad mexicana en el trabajo sexual

En el anterior inciso pudo observarse el recorrido del comercio y el trabajo sexual en el transcurso de la historia en México, sin embargo es necesario conocer el hoy por hoy de estas mujeres y su desempeño bajo este rubro.

Teniendo en cuenta esto, Sigala (2018, citada en Montejo, 2018), expone declaraciones de Elvira Madrid Romero (activista), quien refiere la existencia de aproximadamente 800.000 trabajadoras sexuales en México y de igual modo, menciona que estas no son víctimas de trata, son víctimas del sistema económico, aludiendo con esto a que es la situación monetaria del país; que las orilla a la práctica del trabajo sexual, haciendo hincapié en diferenciar la trata de personas del trabajo sexual, que en su mayoría se ejerce por la necesidad económica y no por gusto.

De igual modo, Lamas (2017), considera que aquellas mujeres que fuera del yugo de la trata de personas, deciden a partir del análisis previo del contexto en el que se encuentran, tomar la opción de laborar en el comercio sexual, porque de una u

otra manera es superior el ingreso que puedan percibir, pues las demás opciones en ocasiones son totalmente opuestas para que puedan subsistir.

En cuanto a esto, también Lamas (2007), hace hincapié en que, para estas mujeres el llegar a esta decisión, implica muchos aspectos, por ejemplo, la perspectiva que tienen ellas de sí mismas, y la simbolización que perciben no sólo de ellas, sino de constructos como la maternidad, el ser mujer, pareja, ser humano y género. Es así que a continuación se analizarán estos puntos.

2.5 Simbolización en trabajadoras sexuales

En párrafos previos se hizo mención de los constructos y simbolizaciones que motivan a la trabajadora sexual; por lo que Romero Y Quintanilla (1977), explica que, con respecto a las características psicológicas en estas mujeres, el enfoque psicoanalítico lo explicaría a partir de las experiencias tempranas vividas; no obstante, también aclara que se debe incluir la característica psicosocial del contexto y el reforzamiento que a lo largo de su desarrollo; considerándolo así de forma ecléctica.

Algunos estudios realizados demarcan factores que predisponen el camino que en ruta a la prostitución; es decir que dependen las vivencias de infancia y si en este periodo hubo rechazo del padre y falta de figura de madre, generando así impotencia en la internalización del rol y la clarificación de este en su género (Romeo y Quintanilla., 1977).

“Intensos sentimientos de devaluación y minusvalía, cuyo origen generalmente se encuentra en el rechazo tan marcado por parte de los padres.” (Romero, 1977, p.42)

En referencia a lo anterior, Horer (1988), menciona que la percepción y modo de visualizar a los otros; son modelos dados por constructos sociales e ideologías que persuaden y perpetúan de manera automática en las ideas que se puedan tener referentes de algún concepto. De ahí la importancia de la simbolización que se pueda proporcionar, dado que esta encaminará la ruta que tome el género de la persona, reforzando estereotipos que se arraigan para conducirse y tomar de una u otra forma de acción.

CAPÍTULO III
CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

Al escuchar conducta sexual, se viene a la mente todo aquello relacionado con acciones, hechos y demás en lo referente a la actividad sexual, por ello, es necesario definir qué es sexualidad.

3. 1 Sexualidad

En relación a este tema, Párama (2009), explica la sexualidad, cómo las percepciones que nacen de constructos que en el individuo se internalizan, proporcionando una connotación; lo que en el caso de la sexualidad, crea una significación desde las creencias religiosas que se arraigan a políticas y esquemas socialmente establecidos, ello provoca en ocasiones temores al respecto debido a las dudas entre lo que se denomina correcto/ incorrecto, bueno/malo.

En tanto al contexto histórico de la sexualidad como tal, es casi imposible determinar un punto exacto de partida, por tanto, si se comienza en la etapa prehistórica, los datos encontrados muestran una división en dos tiempos, donde la primera sería ubicada en las nómadas; caracterizada porque en este periodo los integrantes no tenían como tal normas o reglas establecidas que definieran las conductas o lineamientos sexuales. (Párama, 2009)

Cabe agregar que se aclara en los textos que en la antigüedad, a partir de la carencia de mujeres se llevaba a cabo “...*la poliandria (relaciones sexuales de una mujer con varios hombres), y en caso contrario, poligamia (un hombre con varias mujeres) ...*”, la segunda época se denomina de asentamiento, debido a que se dio el establecimiento en un solo territorio, por lo cual de manera indirecta llegó la monogamia (un hombre con una mujer), bajo la búsqueda de estabilidad y aseguramiento patrimonial. Conviene resaltar que para entonces, ya se identificaba al género femenino como el dador de vida, procreadora y conducto de llegada al mundo, es así que se piensa que estas fueron las primeras simbolizaciones. (Paraná, 2009, p.55)

De igual modo Marina (2002), dice que la sexualidad no es más que un constructo dado por simbolizaciones, es decir:

“... una mezcla de estructuras psicológicas, conductas, experiencias, sentimentalizaciones, interpretaciones, formas sociales, juegos de poder...” es decir son un conjunto de imágenes que se internalizan a partir .todo aquello que observamos durante el desarrollo. (Marina, 2002, p.31)

Teniendo claro esto, es habido definir los aspectos que rodean el contexto de la sexualidad humana, por ello el sexo biológico es uno de los primeros puntos a definir y analizar, prosiguiendo con la identidad sexual, las expresiones de género, preferencias y orientación sexual.

3.1.2 Sexo biológico

Bajo la perspectiva biológica Mark (1998), hace referencia de la distinción de sexos, refiriendo que este se proporciona desde que el ser humano se encuentra en etapa embrionaria cuando se definen los órganos reproductores.

De igual forma Papalia, Wendkos y Silly (2001), aclaran que lo que determina el sexo de manera biológica son los cromosomas, donde tanto el espermatozoide, como el óvulo llevan un cromosoma de tipo X o Y, que a su vez contienen genes ya sea masculinos o femeninos, así mismo explican que a partir de la conjunción que se dé (XX, mujer/ XY, varón) entre cromosomas se forma tanto el sexo femenino, como el masculino.

Ante lo plateado, agrega Martínez y Bonilla (2000), en cuanto a la distinción sexual y de género, que en investigaciones realizadas tanto por Stoller del 1968 al 1975 así como por Money y Ehrhardt en 1972, se encontraron datos certeros sobre ausencia de fuerzas biológicas que puedan proporcionar datos fehacientes sobre el sexo real que tomará el producto en gestación, pues durante el crecimiento del ser humano, se conjugan aspectos tanto biológicos, como comportamentales, etiológicos y psicológicos, por lo que puede entenderse que la sexualidad biológica se transforma a través de la *“...actividad humana...”* (Martínez & Bonilla, 2000, p. 55)

Por lo anterior, es necesario también analizar los aspectos que rodean la identidad de género.

3.1.3 Identidad sexual y de género

Con respecto a la identidad sexual y de género, a pesar de que como se mencionó, durante el desarrollo gestacional se contienen tanto estructuras femeninas como masculinas, es entendido que el contexto influirá en la identidad que se atribuya la persona a lo largo de su vida; en referencia a esto Mark (1998), menciona que Freud hablaba sobre la “...*bisexualidad de manera universal en la orientación sexual y que las experiencias moldeaban hacia una sexualidad normal o invertida*”... (Mark, 1998, p 131)

En cuanto a esto, Martínez y Bonilla (2000), explican que dentro del análisis diferencial de los sexos existe una distinción dada a partir de aspectos culturales mediante el “*deber ser*” social, hacia hombres o mujeres con un trasfondo *sociocultural*.

Sobre la base de estas consideraciones Jayme y Sau (2004), exponen que en lo que respecta la identidad del sexo, el individuo la generará en función de aquello que lo caracteriza físicamente.

“La identidad del sexo o identidad sexual es el resultado del juicio que cada individuo realiza acerca de su propio cuerpo: de sus genitales y su forma global” (Jayme y Sau, 2004, p.60)

Por su parte Bem (1978, citado en Jayme y Sau, 2004), habla de la identidad sexual basándose en tres componentes que parten de “... la preferencia sexual, identidad de género y la identidad del rol sexual...” (Jayme y Sau, 2004, p.60)

En tanto, la identidad sexual y de género, se deriva en varios conceptos a tratar en el siguiente inciso con el fin de tener claro cada uno de ellos.

3.1.4 Expresión de género y preferencias sexuales

Los conceptos en cuanto a la identidad sexual y de género según Sau (1993, citado en Jayme y Sau, 2004), son definidos de manera general, como una inclinación dada entre la adaptación y las expectativas sociales, entendiéndose con esto que existe una unificación entre la sexualidad y género, mismos que parten de constructos creados por el contexto en el que el individuo se desenvuelve.

En referencia a ello, Castañeda (2004), habla de la heterosexualidad como parte de la identidad de ambos sexos en cuanto a su orientación sexual, donde la mujer refleja feminidad y atracción al sexo contrario y en el caso del hombre, virilidad y a su vez atracción hacia la mujer.

De igual modo, Rabbia y Imhoff (2012), explican la heterosexualidad retomando a Rich, 1980 y Rubin, 1989; quienes la definen como un *entramado* sociocultural donde juegan principios reguladores de conducta, así como “...*características innatas que parten de un repertorio de conductas deseables socialmente y asociadas a funciones reproductivas...*” (Rabbia & Imhoff, 2012, p. 22)

Teniendo claro esto, es necesario también conocer las definiciones de las demás expresiones de género.

Sobre ello Mark (1998), aclara que a partir de la marcha llevada a cabo en 1993 en Washington, cuyo lema partía de la liberación de los gays, lesbianas, bisexuales y transexuales, el objetivo fue dar conocimiento de cada preferencia, por lo que expone que los bisexuales son individuos que se sienten atraídos usualmente por personas de ambos sexos, la transexualidad, es un término usado para abarcar varios tipos distintos de identidades sexuales y de conductas que implican adoptar atributos del sexo contrario: los individuos que expresan deseo por pasarse al sexo opuesto (transexuales) y los individuos que visten con ropas del sexo opuesto (travestidos).

Conviene resaltar que un aspecto de mucha relevancia en lo que refiere a la conducta sexual, se define como “...*la atracción sexual que siente un individuo hacia otro del sexo contrario o del mismo sexo*”... (Portillo & Paredes., 2010, p.10)

Teniendo en cuenta lo anterior, Hernández y Hernández (1999), definen la identidad de género como la percepción interna que el individuo se atribuye, ya sea como hombre o como mujer, aunado a la externalización de tales percepciones.

Es así que, hechas las consideraciones anteriores partimos de la realización de una definición de los diversos conceptos en juego; dado que dentro de la investigación se trabaja tanto con población cisgénero, como transgénero, su conceptualización nos parece relevante para clarificar la diferencia entre tales preferencias; debido al carácter especial que adquieren este subtema en especial

En relación a esto, Miller (2018), explica que la palabra “Cisgénero” es un término utilizado para referirse a las personas que tienen una correspondencia entre el género que se les asignó en el momento de nacer, su cuerpo y su identidad personal; es decir que se ajusta a las normas socialmente establecidas y las normas respecto a su naturaleza biológica. Son personas que se identifican con su sexo de nacimiento, se auto perciben y expresan en concordancia y coincidencia con los comportamientos y roles esperados.

Del mismo modo este autor expone que “Transgénero”, es aquella expresión que se da, al tener una identidad de género diferente al sexo biológicamente designado. Es decir que el individuo se identifica con el género contrario, por lo que puede o no ser pre o post operatorio, si es este último puede denominarse transexual.

3.2 conductas sexuales

De acuerdo a los razonamientos anteriores, las conductas sexuales son los comportamientos dados en referencia al actuar sexual, al margen de esto, Martin y Pear (2008), aclaran que una conducta es aquello que un individuo hace o dice, son procesos tanto internos como externos, por lo que los clasifican en conductas manifiesta visibles, y procesos encubiertos invisibles a los que llaman privados, pues no son observables. Estos autores insisten en que las conductas humanas, son comportamientos con duración, frecuencia y fuerza, que realiza un sujeto.

Por otra parte Portillo y Paredes (2010), definen las conductas sexuales como el acto imprescindible en la subsistencia humana, misma que parte de la copulación

en la cual puede o no intervenir el factor del deseo y placer, así como el desencadenamiento de percepciones internas y externas de estimulación, donde se conjugan procesos en los que interfieren constructos sociales y relaciones afectivas aunque esto último no se da en todos los casos.

Bajo este mismo rubro, Ramírez (2007), denomina las conductas sexuales como una tendencia en la que el individuo busca placer, llevando a cabo ciertos comportamientos, que involucran tanto la parte corpórea, como los constructos entorno a las relaciones sociales, deseos, así como ideas morales que dan significado a tales prácticas de copula, en los que se inmiscuye el deseo erótico.

Cabe agregar que, Espada, Quiles y Méndez (2003), enlistan las conductas sexuales, donde el primer lugar lo ocupa la masturbación, seguido del sexo oral, el coito vaginal, así como el anal, en el cual Murply (1998, citado en Espada, Quiles y Méndez, 2003), menciona que el sexo anal, es la práctica con mayor índice de contagio en cuanto respecta al VIH.

En este mismo rubro Lanantuoni (2008), elabora una breve pero muy exacta diferenciación entre los términos conducta sexual y práctica, diciendo de manera textual lo siguiente: *“El comportamiento sexual se considera una práctica por el hecho de ser construido y compartido socialmente, lo que remite a la elaboración de la imágenes, sentidos y significados atribuidos al ejercicio de la sexualidad...Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades...”* (Lanantuoni, 2008, p.48)

También conviene resaltar que Lanantuoni (2008, citado en Bahamòn, Viancha y Tobos, 2014), considera que el comportamiento sexual como ya se mencionó antes por otros autores, no es más que el resultado de constructos sociales que se atribuyen a la práctica en cuanto al sexo, donde se ven involucrados patrones aprendidos por el contexto de desarrollo.

En definitiva, las conductas sexuales, son los comportamientos llevados al plano sexual a través de esquemas previamente internalizados a través del contexto, por tanto también es importante analizar que son las conductas sexuales de riesgo dado el rubro de la investigación.

3. 2.1 Conductas sexuales de riesgo

Bajo el mismo orden de ideas, Alfonso y Figueroa (2017), las conductas sexuales de riesgos frecuentes en adolescentes y jóvenes, lo cual representa una problemática alarmante en lo referente a los aspectos de salud sexual, así como para su desarrollo psicológico, pues bajo sus estudios pudieron observar la tendencia de inicio de vida sexual en etapas tempranas, además de que muchas de estas conductas se veían condicionadas a normatividades expuestas por sus grupos de pares, donde no solo se da el coito precoz, sino también embarazos no deseados, abortos y la llegada de hijos no deseados, así como ITS Y VIH y su asociación con el uso de drogas y alcohol.

“La conceptualización de la conducta sexual de riesgo se ha representado por como ya se dijo, la edad de inicio de la vida sexual, el número de parejas sexuales, la frecuencia de relaciones sexuales y la negativa ante el uso del condón por la probabilidad asociada al contagio de VIH”. (XI Congreso Mexicano de Psicología social, 2006, p.780)

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante observar cuáles son las infecciones que pueden adquirirse a partir de las conductas sexuales de riesgo, por lo que a continuación se verá con mayor amplitud dicho tema.

3.2.1.1 Infecciones de transmisión sexual

De acuerdo a los razonamientos analizados con anterioridad, es importante también conocer no solo el concepto dado a las ITS (infecciones de transmisión sexual), sino también los tipos de ellas.

Bajo esta tesitura, es primordial comprender desde donde devienen estas infecciones, para lo cual Casanova, Ortiz & Reyna (2004), exponen la existencia de documentación antigua donde se habla de la existencia de ITS a partir de los primeros seres humanos, resaltando escritos del *“...año 2637 a.c. que mencionan la existencia de enfermos con gonorrea, condilomatosis, sífilis y otras infecciones genitales...”* (Casanova, Ortiz & Reyna, 2004, p.3)

Al respecto, Gayet (2015), menciona que fue hasta que se descubren los antibióticos para la mitad del siglo XX, que las ITS, ya eran un motivo de alarma en la población, pues las autoridades ya no se ocupaban por darles control, por tanto el interés en ellas era solo de importancia para quien sufría los estragos de las misma; sin embargo con el paso del tiempo los científicos fueron observando las asociaciones existentes entre estas infecciones y el VIH.

Por las anteriores consideraciones, también es necesario definir el termino ITS, para lo cual Caudillo y Cerna (2006), las define como enfermedades que se transmiten por contacto sexual, que pueden ser de tipo viral, bacteriano o micótico, por mencionar algunos, pues existen poco más de media centena de ellas, explica que son un resultado del ejercicio de actividad sexual sin protección, dada la unión de “...distintos tipos de microorganismos, como bacterias, hongos, virus, protozoarios...” (Caudillo & Cerna. 2006, p. 303)

De igual manera este autor, hace mención sobre el VIH, exaltando su naturaleza biológica como un virus que representa una ofensiva retroviral “...*que ataca el sistema inmunológico del ser humano, por lo que éste no puede defenderse de los ataques de cualquier otra enfermedad...*”, es una enfermedad oportunista dado que a través de la vulnerabilidad que genera, hace al individuo que padece presa de enfermedades a las que se encontrará imposibilitado para convertir, por tal la muerte es una de la consecuencias resultantes. (Caudillo & Cerna. 2006, p. 306)

Tal como se pudo observar, las ITS se tornaron alarmantes ante la cantidad de contagios que iba dejando en los contextos que se presentaba, cabe resaltar que tal alarma sigue hasta la actualidad.

En este mismo orden de ideas, Herrera y Campero (2002), analizan la problemática existente en la población femenina respecto al VIH/SIDA, dadas las cifras e incremento de contagios. Estos autores argumentan que el contexto y la interrelación de género provocan vulnerabilidad en las mujeres, aumentando así el riesgo que corren en cuanto a las infecciones de tipo sexual; mencionan que entre la problemática radica desde las situaciones que viven, sus necesidades, los impedimentos que tiene para afrontar la vida, carencias, necesidades y retos. De ahí, “...*la necesidad de establecer y evaluar programas y políticas de prevención y*

atención bajo una perspectiva de género y de derechos humanos, que permita una mayor conciencia y mejores respuestas al problema de las mujeres frente al VIH/SIDA...” (Herrera & Campero, 2002, p.557)

Prosiguiendo con estos autores, concluyen su investigación, haciendo mención de la necesidad reflexiva existente en cuanto a la sexualidad y el SIDA, las relaciones de género y el poder dado a esto. De igual modo encontraron que la responsabilidad de manera social en cuanto al contagio, recae en la mujer, dejando de lado la verdadera situación que viven muchas mujeres en situación de pareja donde a través de la estabilidad se hace de lado la protección.

Hechas las anteriores consideraciones, es necesario proseguir con la temática de esta investigación, pues el objetivo principal es la propuesta de intervención que resulte del análisis de la resiliencia en las trabajadoras sexuales y la influencia que de esto deviene en las actividades sexuales de riesgo de dicha población. Por tanto es necesario estudiar lo concerniente a la intervención psicológica, los tipos y formas de llevarla al plano contextual.

CAPÍTULO IV INTERVENCIÓN

La intervención psicológica es el punto de encuentro entre el profesional y los saberes, transferidos ahora al campo práctico, con el objetivo de llevar a quien requiera la ayuda, la guía pertinente para que el individuo logre subsanar las problemáticas que le aquejan, sin embargo antes de profundizar en el tema, es necesario como parte del conocimiento previo, vislumbrar de donde parte dicha acción en lo que refiere al tratamiento de aspectos psicopatológicos; por lo que analizaremos el marco histórico que rodea la psicoterapia.

4.1 Antecedentes históricos.

La intervención psicoterapéutica es un tema como pudo analizarse antes, concierne a los procedimientos llevados a cabo en el tratamiento, según las diversas perspectivas psicológicas, por consiguiente es apremiante el análisis tanto del contexto histórico, como de las causas y consecuencias que provocaron lo que hoy conocemos como psicoterapia y las diversas formas de intervención; con el fin de conocer los diferentes manejos que se le ha dado, bajo los diversos ámbitos, enfoques y modelos psicológicos a lo largo de la historia.

Es así, como en primera instancia, Papalia y Wendkos (1987); hacen una remembranza sobre la psicoterapia y exponen que antes de visualizarse la problemática mental o la enfermedad como tal, se creía que devenían de situaciones mágicas como hechicería, brujería o maleficios, explican que en la antigüedad, la forma de expulsar a los espíritus no era otra, que la trepanación de cráneo del afectado; de esta forma, se conseguía una cura para los individuos que padecían estragos que para entonces no tenían una explicación fundamentada, más que dichas creencias. Sin embargo con el paso del tiempo se dieron cambios en lo que respecta a esta perspectiva.

Al respecto, estas autoras exponen que dentro de la línea de tiempo se ubica a Hipócrates en 460 a.c. quien a partir de sus ideas provocó un importante cambio en el concepto y el tratamiento de la enfermedad mental. Él entendía la enfermedad, como un desorden interno que nada tenía que ver con demonios o espíritus malignos, por lo cual instruyó a teknes (técnicos), que eran personas encargadas

de analizar, qué hacía el enfermo mental y por qué lo hacía; estos se centraban en conocer el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, para así poder explicar al enfermo los síntomas de su enfermedad y el origen que esta tenía.

Bajo esta tesitura, Feixas y Miró (1993); enfatizan en que Hipócrates, atribuía el desequilibrio interno a una descompensación entre los cuatro humores corporales (sangre, flema, bilis negra, bilis amarilla), de allí que el tratamiento que proporcionaba a sus pacientes, se basaba en el establecimiento de dietas adecuadas, utilizando los fármacos apropiados, según las ideologías de la época y la parte más importante, que partió del diálogo con el enfermo, lo cual pretendía provocar un cambio que se produjera a través de la palabra, es decir de lo que mencionase el enfermo, este acto recibió el nombre de catarsis (que significa purificación o limpieza del alma), ya que los pacientes hablaban acerca de lo que pensaban, así como de lo que vivían en su padecimiento y a lo que atribuían sus síntomas.

Prosiguiendo el marco histórico, según Durand y Barlow (2010), los puntos históricos de la psicoterapia fueron subsecuentes, dado que siguió la “tradición Biológica”, en la que se ubica al médico Romano Galeno (129-198 d.c), que después del retroceso que como humanidad tuvimos con las ideologías cristianas, retomo las ideas de Hipócrates, para desarrollarlas, creando de este modo, una influyente escuela, con pensamiento biologicista; para esta casa de estudios, las enfermedades devenían de trastornos corporales, que afectan al cerebro, tales padecimientos se distribuían a las zonas cerebrales afectadas. Tomando como fundamento de tratamiento las ideas de auge que para entonces fomentaron la convicción de que todas las partes y funciones del organismo, tenían como objetivo la supervivencia, es decir “...*el cuerpo humano pasa a ser considerado como una máquina diseñada para sobrevivir, idea de influencia darwinista...*” (Durand & Barlow, 2010. p. 12)

Otra referencia histórica del concepto psicoterapéutico es la expuesta por Halgin y Krauss (2009), quienes sitúan el punto de partida desde el siglo XIX, hasta comienzos del siglo XX, explican que su adherencia al pensamiento cultural, se acentuó con la llegada del Romanticismo, ya que apareció un gran interés por el

mundo interno (pasiones, deseos, instintos, etc.) de las personas, pues intentaban comprenderlo y explicarlo; tal interés nació de las ideas expuestas por dos pensadores; el primero, Frans. J. Gall., quien estaba convencido de la existencia de determinantes corporales y emocionales en el control de áreas decisivas del cerebro, incluyendo rasgos de carácter y la forma craneal, misma que era esencial en lo concerniente a preponderancia cerebral, por lo cual, se debía estudiar el carácter de la persona a partir de la forma de su cráneo, a este método diagnóstico se le llamó “frenología”; el segundo personaje dentro del transcurso histórico fue Mesmer, un médico francés, reconocido por proporcionar las bases de lo que posteriormente se denominó psicoterapia, ya que realizó aportes que consistieron en la explicación de la enfermedad mental, como un derivado de causa natural, realizando tratamientos que partían del uso de electricidad, magnetismo y astronomía. Este doctor pensaba que las personas tenían un líquido en el cuerpo, teoría amalgamada de las ideas Hipocráticas, este fluido al estar en desequilibrio ocasiona la anormalidad, por lo que se le trataba para lograr un equilibrio y por ende la sanidad.

Posteriormente en esta remembranza histórica, Papalia y Wendkos (1987), explican que a finales del Siglo XIX, J. Braid, médico inglés, realiza un detallado análisis a cerca de las ideas de Mesmer, haciendo investigaciones con el fin de refutar dicha teoría, pues él concluía en que no existía relación entre el magnetismo y la recuperación del enfermo, sino más bien la existencia de cambios en la mente de la persona a partir del exterior, es decir con apoyo de afuera.

“...Braid introdujo el término Hipnotismo para describir el proceso de ser puesto en trance, ya que él atribuía la mejora de los pacientes de Mesmer a este estado, debido a que se encontraban abiertas a las sugerencias que podrían eliminar sus síntomas...” (Durand & Barlow, 2010, p.18)

De manera subsiguiente en la línea de tiempo, Durand y Barlow (2010) exponen los aportes realizados por Ambrose- Auguste Liébeault, quien siendo doctor, procedió a experimentar con el legado de Mesmer, aplicándolo a pacientes de escasos recursos, llegando a la conclusión de que no era del todo necesario el uso de sustancias, sino que se podría inducir un sueño hipnótico, reafirmando las ideas de

Braid; ello posteriormente fue la base de Bernheim, quien con apoyo de Liébault, logró curar a varios enfermos de la columna a partir de esta técnica.

Del mismo modo mencionan estos autores, fue tal situación la que catapultó al éxito la Clínica de Nancy, realizando así avances para los trastornos nerviosos y psicológicos, además conviene resaltar que de manera simultáneamente Martin Charcot, neurólogo parisino, realizaba técnicas similares, aplicadas de manera parecida al hipnotismo, no obstante estas diferían en los resultados, pues este médico pensaba que la capacidad para ser hipnotizado radicaba también en un síntoma de trastorno neurológico, por lo que solo una minoría podía ser tratada por este medio; contrariamente las evidencias favorables sobre los resultados estaban a favor de la escuela de Nancy y sus portavoces, lo cual hizo que Charcot se unificara a la ideología, llevando a la práctica el tratamiento de auge para padecimientos como la histeria, que era un trastorno derivado de problemas expresados físicamente, con un conflicto interno (psicológico), en el que se veía una manifestación de cambios y alteraciones tanto de pensamiento, como de emociones y de conducta.

Como se mencionó antes, el progreso del método hipnótico; según Halgin y Krauss (2009), fue decisivo en el desarrollo de métodos psicológicos, en el tratamiento de trastornos mentales y estos a su vez influyeron en teorías subsiguientes, como las de Sigmund Freud, que a partir de la influencia de Charcot y Bernheim, en lo que respecta a los primeros trabajos con pacientes histéricos, le proporcionaron la base teórica de sus estudios, con la que realizó un análisis al estudio sobre la histeria, y los métodos de tratamiento que en esa época se aplicaban, de lo cual derivó en el trabajo realizado con Josef Breuer, "*Estudios sobre la Histeria*". Posteriormente, mediante la observación del tratamiento de una de sus pacientes (Anna O), descubrieron que por medio de lo que llamaban cura a través del habla, la persona se sentía mejor, pues había una limpieza a través de hablar de sus problemas, ello daba como resultado el que los síntomas desaparecieran, a esto lo llamaron método catártico. Lo que como bien conocemos fue el impulso que Freud obtuvo para el posterior desarrollo del psicoanálisis y de su teoría psicosexual, cuya base es el

inconsciente, sus impulsos inhibidos y su desarrollo a lo largo de las etapas de vida, donde proponía el uso de técnicas de asociación libre y análisis de los sueños.

Continuando en esta línea de tiempo, Durand y Barlow (2010), mencionan como siguiente punto histórico, los inicios del Siglo XX, donde el fisiólogo Ruso, Iván Pavlov, realizó importantes descubrimientos con respecto al condicionamiento, mediante experimentos de salivación, realizados con perros, haciendo con esto el comienzo de lo que se denominaría Condicionamiento Clásico, pauta que proporcionó las bases de lo que posteriormente se denominaría Conductismo en el campo psicológico; el cual se definía como un tipo de aprendizaje, en el que un estímulo neutro, se conjugaba con una respuesta, dando como resultado, lo esperado previamente, esto en el caso del estudio de salivación, aunque este aprendizaje podría o no tener un objetivo anteriormente analizado.

Conforme a lo anterior expuesto, solo queda remarcar que fue esto el parte aguas para que se refutaran teorías y se abriera el apetito de más saberes y conocimientos en el aspecto psicológico, dando a la postre nacimiento a otras escuelas que posteriormente se mencionan.

Con esto podemos concluir, en que de manera epistemológica, la ideología con la cual nació el desarrollo psicoterapéutico, se fue dado de forma lineal progresiva, dadas las necesidades de cada uno de los aportes y escuelas que nacieron bajo el requerimiento de refutar o mejorar antecesoras ideas o teorías.

Considerando lo anterior y con el conocimiento del desarrollo que tuvo la intervención psicoterapéutica en los diferentes enfoques, pasaremos a los fundamentos que dieron base a lo que hoy conocemos como intervención grupal.

4.2 Fundamentos teóricos de la intervención grupal

A continuación se habla del comienzo del trabajo a nivel grupal, mismo que según Anguera, Civera, Casa, Marin, Mülbelger, Pastor, Pedraja, Pérez-Garrido, Romero, Ruiz, Sáit y Sánchez (2009), se dio a inicios del siglo XX, a través del tratamiento de pacientes con tuberculosis; pues se observaron ciertos conflictos intervinientes en el desarrollo de recuperación que pudiesen obtener los paciente, pues estos

problemas influyen de manera negativa, por lo que se juntó un grupo de enfermos tuberculosos y se les proporcionó información pertinente para obtener mejoras mediante autoayuda, solicitando a cada paciente, que describiera lo que sentía, sus mejoras, así como malestares. De este conjunto de personas, se obtuvo como resultado, que tales aportaciones los retroalimentan entre sí, dando apertura a un rumbo en común, que en este caso fue la mejora y a su vez aportando un nuevo método de intervención al equipo médico a cargo.

Así pues, nació una nueva perspectiva en el tratamiento de pacientes, para lo cual, Díaz (2000), menciona que actualmente, de la misma forma en que sucedió a principios del siglo pasado, la intervención grupal aporta beneficios para las personas que se encuentra en un proceso de cambio, ya que les permite compartir experiencias similares, beneficiándose de todas las ventajas que un grupo terapéutico proporciona, pues el individuo aprende de esta interrelación, se siente acompañado durante el proceso, dado que observa que no sólo a él le ocurre y esto brinda la factibilidad de análisis de otros puntos de vista ante la misma situación, con lo cual podrá ver las circunstancias con mayor objetividad.

Con respecto a las bases teóricas de la intervención grupal, es importante hacer mención que en la línea histórica se denota que fue a partir de los trabajos de Freud, referentes a los grupos, pues proporcionó bases posteriores a la intervención clínica, para lo cual refiere Gómez (s/f), que en el psicoanálisis, se hablaba de la existencia de una estructuración psíquica del sujeto, proporcionada por la relación grupal, que inicia en el momento mismo del vínculo materno, prosiguiendo en la relación edípica, lo cual encauza la personalidad, el súper yo, la conciencia moral y la herencia cultural; que proporciona el primer grupo conocido que se brinda en el núcleo familiar, lo que provoca que germine la concepción que habrá de tener del mundo el individuo y la sociedad mental que se arraigará, como significados objétales en él.

Considerando lo anterior, en lo que refiere al análisis de la mente, el comportamiento humano y el manejo de conflictos, sintetizó Jacobo (2012), el enfoque psicoanalítico en la intervención a nivel grupo, nace bajo la necesidad de brindar apoyo a los soldados ingleses que requerían atención a nivel psicológico al reintegrarse

después de la segunda guerra mundial, por lo cual se tuvo que llevar a cabo el trabajo que ya se había instaurado para tratamiento individual, solo que a partir de ese momento se integró al trabajo grupal.

Pero para poder profundizar en el trabajo con grupos, es necesario aclarar primeramente que anteriormente se denominaba dinámica de grupos, y esta se enfoca básicamente en la estructura y características de la articulación social, por tanto retoma también constructos sociológicos, pues encuadra desde el proceso por el que el individuo se inserta en la sociedad y el cómo la sociedad se constituye en los individuos, ocasionando modificaciones conductuales tanto intrapsíquicos, como del contexto donde se construye y desarrolla el ser humano. (Díaz, 2000)

Bajo esta misma tesitura, Le Bon, autor francés del libro *Psychologie des Foules* (psicología de las masas) publicado en 1895, señaló, la existencia grupal, como algo connatural en el hombre, por lo que a éste le sería imposible sobrevivir sin la pertenecía a uno, no obstante expone que el grupo funge como mutilador, porque hace que se sacrifique parte de la autonomía e individualidad del sujeto: con estos aportes de igual manera proporcionó una línea guía de investigación y análisis en el trabajo grupal; pues además describió al grupo y su mentalidad como un ser primitivo que no controla sus impulsos, expuso que los grupos son ilógicos, intolerantes, rígidos, desinhibidos, y poseen una ilimitada capacidad de sometimiento, habló sobre la existencia de fenómenos grupales, como el contagio emocional, suscitando una polémica sobre si la pertenencia a grupos es dañina o beneficiosa para la persona, bajo planteamientos en cuanto a si realmente un grupo podía ayudar a la maduración de las personas y si era pertinente indagar cuales eran las dimensiones grupales más eficaces. (Halgin y Krauss 2009).

De manera subsecuente en la línea histórica, Oliva (2015), hace mención de este psicólogo Alemán, al que también se atribuye el comienzo del trabajo en el campo grupal en 1934, que significó el nacimiento de los posteriores trabajos de Kurt Lewin; que hoy conocemos como psicología social moderna. Este último realizó la teoría de campo y puso énfasis en la investigación-acción, pues afirmaba que las modificaciones en los miembros del grupo se veían afectadas por las condiciones a

las que pudiese estar expuesto, así como a la tensión y los conflictos propios que devienen del contexto psicológico en el que subsiste.

De manera subsecuente Ibáñez, Botella, Samueel-Lajeunesse, Martínez, Pallí, Pujal, y Tirado (2004), realiza una remembranza sobre Lewin, por lo que exponen que además de que sus ideas contribuyeron a la teoría Gestalt, también dieron causa a posteriores ideas referentes a la dinámica de grupos, los procesos de cambio de conducta o modificación de actitudes en miembros de un mismo grupo. Kurt Lewin, fue un destacado psicólogo Alemán, reconocido por sus aportaciones a la Teoría Gestalt, pionero en el desarrollo de la psicología social moderna y del conjunto de teorías aplicadas a la intervención en grupo, como son, la teoría del campo de fuerzas, investigación-acción, entre otras; donde el punto crucial inicio con la observación que pudo realizar Lewin, mientras estaba convaleciente después de haber sido herido combatiendo en las fuerzas armadas del ejército de su país, al regreso de la guerra, prosiguió sus estudio y en Berlín mientras buscaba doctorarse coincidió con Wertheimer y Köhler, con quienes hubo relación ideológica, misma que permitió se fueran consolidando las ideas que darían vida a la corriente de la Gestalt, de este encuentro se dieron contactos posteriores que derivaron en el empleo como catedrático en diferentes universidades, en las que llevaba de manera conjunta investigaciones en cuanto a fenómenos sociales, como la interacción social, los efectos que tiene la presión social en los hábitos alimenticios de los niños y las dinámicas de trabajo eficaces en trabajos grupales; Lewin impacto la psicología social con sus ideas y teorías, por lo que se han mantenido con el paso de los años en el campo psicológico y sociológico, así como en las organizaciones, asegura Lacouture (1996), quien del mismo modo aclara:

"...Los estudios de Investigación Acción, iniciados por él mismo, continúan guiando los experimentos en psicología comunitaria, integrando oportunidades de vivienda y empleo, la causa y cura de prejuicios en los niños, la socialización de las bandas callejeras y el mejoramiento en el adiestramiento de líderes; los Grupos de Sensibilización, que él ayudó a crear, son considerados por muchas personas como la innovación educativa más importante del siglo..." (Lacouture, 1996. p. 163)

En cuanto a esto, Yalom (1975) elabora un recuento, donde relata que para la década del 46", Lewin se enfocó en el trabajo a nivel grupal, adiestrando a dirigentes sobre la forma de combatir a través del manejo de habilidades y conocimientos para modificar las acciones raciales de los súbditos a cargo, donde el método de conocimiento en sí, partió del trabajo entre él y su equipo de psicólogos, con los que se repartió por así llamarlo, el análisis de la investigación, así pues, había un observador, que era quien tomaba nota del comportamiento de los sujetos y las formas de interacción, esto ayudó al descubrimiento de manera accidental de una nueva forma de intervención grupal, en la educación de las relaciones humanas a partir de las experiencias que posteriormente fomentaron las bases, de lo que hoy conocemos como grupos de adiestramiento o de instrucción. Este enfoque está centrado en el individuo y en los niveles profundos de desarrollo grupal.

Al respecto Maisonneuve (1980), dice que la psicología social por tanto estudia tanto el entorno, como a las personas que habitan en él y la construcción del mundo que se tiene a través de lo que se percibe, de la cultura y constructos aprendidos contextualmente.

Asimismo, es conveniente también definir cada uno de los términos que rodean el campo de la intervención psicoterapéutica, por esta razón en líneas siguientes; se aclararán estos conceptos para posteriormente explicar el tema de manera certera.

4.2.1 Definición Psicoterapia

Antes de proporcionar la definición que distintos autores brindan con respecto al tema, es conveniente hacer mención de la existencia en el campo psicológico de cierta confusión respecto a los aspecto conceptuales, dado que suele pasar que la intervención psicológica, la terapia psicológica y/o psicoterapia, son tomadas o entendidas, como sinónimos, dándose por entendido que son iguales, por esto, a continuación se aclaran uno por uno para realizar la distinción de los mismos.

4.2.2 Psicoterapia o terapia psicológica

En primera instancia, Polonio y Romero (2010), explican que el término tiene significado en el Diccionario de la Real Academia Española, que refiere un tratamiento proporcionado a padecimientos de orden psíquico, en el que a través de ciertos procedimientos se les va direccionando hacia el cambio, estas autoras, además enfatizan en la explicación dada por la Asociación Española de Psicoterapias, pues en esta se asegura que es un tratamiento psicológico en el cual, se promueve una modificación comportamental, adaptación al contexto e integración de identidad y bienestar bio-psico-social.

Bajo esta tesitura, la psicoterapia reiteran Feixas y Miró (1993); debe ser considerada desde tres puntos ya mencionados, pues esto se relacionan entre sí, por tanto, en la visión biopsicosocial, el primer aspecto es el biológico, en este, se encuentra la parte genética, metabólica y cerebral, seguido de un segundo plano y no menos importante que es la esfera psicológica, la cual comprende variables de personalidad, experiencias vitales, aprendizajes y marcos de referencia y finalmente la parte social, que se enfoca en el marco ambiental, cultural y contextual de la que proviene la persona afectada.

En consecuencia según Wolberg (1977, citado en Feixas & Miró, 1993), psicoterapia es un tratamiento por medios psicológicos de problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada (Psicólogo) establece deliberadamente una relación profesional con los pacientes; con el objetivo de suprimir, modificar o paliar, los síntomas existentes, realizando así una intervención en los aspectos distorsionados de conducta y la promoción del crecimiento y desarrollo positivo del individuo.

De igual manera Ruis y Sánchez (2009), definen la psicoterapia como el rol que desempeña el psicólogo clínico a partir de la recepción de información en tres áreas denominadas diagnóstico, investigación y tratamiento.

Por su parte Compas y Gotlib (2003), realizan una conceptualización sobre la psicoterapia donde es descrita desde la psicología humanista, como un conjunto de modelos psicoterapéuticos que se enfocan en tratar de brindar ayuda al cliente

mediante la interacción entre el profesional (quién a partir de un marco epistemológico brinda un paliativo al problema) y el cliente (quién pide ayuda), con el objetivo de buscar un cambio en el pensar, sentir y del comportamiento de quien solicita el apoyo.

En conclusión la psicoterapia es un conjunto de técnicas psicológicas utilizadas con el propósito de paliar problemáticas psicológicas y/o conductuales que afectan al individuo que solicita la atención. La meta principal de esta, es propiciar en la persona un cambio emocional, cognitivo y comportamental que alivie o sirva como paliativo para los problemas que le aquejan.

4.2.3 Intervención

Sabemos que intervenir es el acto de interceder en una situación, sin embargo es necesario dar una definición de lo que conlleva una intervención en el campo psicológico, pues de esto depende la comprensión de los objetivos de esta investigación.

Al respecto Carballada (2004), define la intervención como un procedimiento con el que se puede llegar a la detección de problemáticas consideradas desordenes ante la sociedad.

En cuanto a lo anterior, refiere Montero (2012), preocupación con respecto a su aclaración en el campo psicológico, pues debería marcarse énfasis al exponer tal termino, dejando expuesto que es un requerimiento en la psicoterapia; que puede conllevar tanto imposición como requerimiento según sea el caso del tratado en cuestión, es un acto en el que se promueve una acción concisa por parte del profesional a cargo.

Considerando esto, se toman las ideas expuestas por Olivares, Macià, Rosa Y Olivares (2014), quienes explican que la intervención psicológica no es más que un sinónimo de tratamiento; dado que son un "...conjunto de acciones o estrategias terapéuticas modificadoras... que son llevadas al plano de la acción a través de modelos psicológicos, con el fin de...prevenir, aliviar y resolver los

problemas/trastornos psicológico (tanto de índole personal como social o comunitario)...” (Olivares et al, 2014. p.42)

En definitiva puede concluirse que la intervención es el modo con el cual se llevara a cabo la ayuda que se le proporcione al o los pacientes, teniendo en cuenta que toda acción contiene una guía o modelo psicológico como base, que proporcionará el rumbo a seguir. Así mismo queda claro con esto que la diferencia entre psicoterapia he intervención radica en que la primera es el conjunto de técnicas que se llevarán a cabo y la intervención es como tal la puesta en acción de las mismas. Ahora bien, teniendo claro lo anterior, es requerido también para el propósito de esta investigación definir qué es un grupo, pues se pretende trabajar con uno, por tanto que a continuación se dará paso a la definición de tal término.

4.2.4 Grupo

Generalmente al ver un conjunto de personas unidas con el fin de lograr un objetivo, ya sea escolar, laboral o incluso familiar, viene a la mente la palabra grupo, pero ¿qué es un grupo?, ¿Cómo se puede definir un grupo?, estas y otras interrogantes son el objetivo de este inciso.

Para lo cual, Riviere (1988, citado en Andueza,1985), sostuvo en cuanto refiere al concepto grupal, que su construcción como término, se dio en el Siglo XVII; y su conceptualización así como uso, hasta dos siglos más tarde, donde se comenzó a hacer referencia a la expresión para denotar un conjunto de personas representadas.

De igual modo Días (2000), menciona las ideas marxistas, sobre cuestionamientos del *hombre natural y racional*, permiten el análisis del hombre dejando de ser una parte más de la naturaleza, para convertirse en un miembro tanto en su interior como su exterior, su entorno, es decir para con otros. Pues el sujeto se construye de diversas estructuras biopsicosociales.

"Su pertinencia epistémica descansa en dos hechos ontológicos fundamentales: uno, la vida humana en un andar en grupos y dos, es el grupo, un lucus privilegiado de anudamiento entre el orden social y psicológico, el grupo sirve de marco de

subjetividad colectiva e individual, entendida no como propiedad del grupo o del sujeto sino como magma imaginario-simbólico, como campos de lo inconsciente". (Jacobo, 2012. p.p. 1348-1349)

Bajo la misma tesitura, González Núñez (1992 citado en González 1999), hace la definición de grupo como la reunión de dos o más personas que se unifican e interrelacionan entre sí; influyendo unos en otros, mediante sus percepciones con respecto al problema o punto en común, bajo este precepto debe resaltar que cada integrante del mismo, tiene su individualidad en cuanto a las metas y motivos que persigue por lo que la unificación al grupo debe brindarle satisfacción y realización en el grupo o por el grupo.

A su vez González y Kupferman (2004), realizan una definición de grupo rescatando las ideas de Lewin, exponiendo así; que es un conjunto de individuos que de manera homogénea persiguen un objetivo, pero que de manera individual conservan interdependencia, es decir metas propias aun cuando de manera conjunta se encaminen bajo ideales similares.

Ahora bien, con respecto al tema que nos compete, sería necesario también aclarar que es un grupo en el contexto psicoterapéutico, cómo se analiza y cuáles son las perspectivas o modelos existentes para realizar una observación pertinente al respecto.

4.3 Grupos psicoterapéuticos

Tocante a lo anterior expuesto, el grupo es visto como la unificación de varias personas con el fin de perseguir de manera conjunta un objetivo común, sin perder la individualidad de pensamientos y deseos; esta extracción conceptual transportada al campo terapéutico, podría vislumbrarse a través de las siguientes ideas.

Antúñez (1992), explica que el concepto psicoterapia de grupo, engloba determinados métodos de tratamiento que, en presencia de uno o varios terapeutas, estimulan la labor auto-centrada de los miembros, para lo cual se utilizan motivaciones psicológicas profundas y dinámicas grupales, las cuales actúan sobre

los individuos y el grupo, cabe mencionar que se define como psicoterapia de grupo al conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, a una hora pre-establecida de común acuerdo entre terapeuta y pacientes, que comparten una serie de normas tendientes a la consecución de un objetivo común, una de sus características es que los miembros del grupo desempeñan inconscientemente determinados roles o funciones en estrecha relación de interdependencia, mientras sus roles están sujetos a cambio continuos, el terapeuta desempeña el papel de líder formal del grupo.

Teniendo esto en cuenta, Andueza (1985), nos dice que en lo referente al trabajo con grupos, varias disciplinas prestan atención al resultado y los avances que devengan de esta línea de observación y tratamiento, entre dichas doctrinas se encuentran filosofía, sociología y por supuesto nuestro campo, la psicología entre otras tantas.

4.3.1 Objetivo de la intervención grupal

En cuanto a esto, Almagia (1998), en su análisis sugiere que los grupos psicoterapéuticos tienen como objetivo brindar el apoyo a los participantes para que estos logren modificaciones conductuales, y puedan reaccionar de manera distinta ante situaciones de vida adversas y logren con esto subsanar experiencias emocionales previas, traumáticas o dolorosas, mejorando su autoconcepto. Ello a partir de las percepciones que tendrá de los demás integrantes, también podrá sentirse parte del grupo, lo cual provoca compromiso y fomenta la empatía pues para entender a los demás, deberá ser capaz de ponerse en el lugar de ellos, creando así, vínculos terapéuticos con los demás miembros del grupo, al hablar entre sí, fungiendo como espejo de otros compañeros y los otros para él.

Días (2000), habla de la importancia de los procesos que en el grupo dan inicio, así como las relaciones interpersonales que se manifiestan en él, su formación, los roles, normas y cohesión que devengan del mismo. Tomando en cuenta que es este conjunto, lo que constituye la base existencial en cada uno de sus integrantes.

4.4 Modelos psicoterapéuticos de intervención grupal.

En incisos anteriores se hizo mención de las distintas escuelas que brindaron guías para lo que hoy conocemos como enfoques psicológicos, a partir de ello sería importante lo tocante a los modelos que estas perspectivas proporcionan en el trabajo de intervención en grupos psicoterapéuticos.

Teniendo en cuenta que, como menciona Calvo (2007), un modelo es un método utilizado para sistematizar, comprender y controlar fenómenos del entorno, además proporciona una guía para analizar el plan contextual, describirlo y predecirlo. De aquí la importancia que radica en conocer el modelamiento dado a la intervención grupal, que a continuación se proporciona.

4.4.1 Perspectiva Psicoanalítica

Bajo este enfoque, el modelamiento que se da a la psicoterapia de grupo, aclara Díaz (2000), parte de visualizar la intervención, como un tratamiento en el que personas con problemas emocionales, sociales o conductuales, se reúnen formando así un grupo psicoterapéutico, dirigido por un terapeuta entrenado. Es importante recalcar que bajo este modelo, los integrantes se ayudan unos a otros a llevar a cabo cambios en su personalidad, en estos grupos es el profesional, quien dirige las interacciones de los miembros del grupo para que logren cambios.

Este modelo, aclara Ruiz y Sánchez (2009), habla de cómo se conjugan los conflictos intrapsíquicos, asociaciones, niveles conscientes y preconscientes, que deviene del psicoanálisis en donde participan no sólo las ideas de Freud, sino también de Adler y Jung.

En cuanto a lo anterior, Laplanche y Pontalis (1968, citados en Feixas y Miró, 1993), mencionan que realizando un análisis acerca de los conceptos básicos del psicoanálisis, se observa que estos se sitúan en niveles que pueden entenderse de la siguiente forma:

“...Un método de investigación, que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos y producciones imaginarias

(sueños, ensueños, fantasías) de un individuo y que utiliza la observación natural y la inferencia inductiva. Un método psicoterapéutico, basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo. Es decir, un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas, en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y tratamiento...” (Feixas & Miró, 1993. p. 91,101)

Para estos autores, este modelo describe la mente como estructura compleja y funcional a partir de niveles de conciencia donde encontramos el inconsciente, que determina la conducta, en especial la patológica, debido a que guarda los recuerdos que no son accesibles por la persona en un estado de vigilia, pero que al encontrarse allí, influyen en el resultado que habrá de tener a nivel conductual; luego está el nivel preconscious, que es la parte que medía, entre el anterior y la parte consciente, a partir de acceder o no a los contenidos de recuerdo que lucha el inconsciente por externar, y finalmente el nivel consciente que parte de la lógica y la racionalidad para identificar los contenidos permitidos y los que no se deben externar, en donde de igual modo se entrelaza el principio de realidad que permite un ajuste al entorno. (Feixas y Miró, 1993)

En esta tesitura Hirsch (2012), expresa que es por ello que la actitud del terapeuta debe enfocarse sobre todo en la habilidad de escuchar, básicamente, él trata de entapizar con el mundo interno del paciente, sin ser punitivo y evitando la compulsión a actuar sin entender la dinámica relacional. Este modelo de trabajo parte de la evaluación de cuatro aspectos de la transacción interpersonal de los pacientes, los problemas que presentan, las quejas (síntomas) y dificultades relacionales, el papel que adopta en sus relaciones interpersonales y la manera en que estructura sus sentimientos y deseos hacia otras personas significativas, sus cogniciones (pensamientos sobre sí mismo y otros) y sus conductas (conductas hacia otros significativos).

En conclusión este modelo de intervención dados los fundamentos de su teoría base (psicoanálisis), se enfoca en los contenidos latentes y manifiestos de los pacientes en cuestión, su problemáticas contextuales, sintomatología y relación con otros y la

estructura que presenta a nivel sentimental, pensamientos y actos en lo que respecta al trabajo que realizará el terapeuta, según se expone en previos párrafos. Ahora bien, a pesar de ser esta teoría de las primeras en analizar el trabajo a nivel grupal, es necesario para los fines de esta investigación, dar un vistazo breve a las teorías y modelos de intervención que posteriormente se postularon; por tanto veremos en el subsiguiente apartado proceso de trabajo que proporciona la teoría psicodinámica.

4.4.2 Perspectiva Psicodinámica

En cuanto a la psicodinámica, Yalom (1975), expone que los modelos propuestos por este enfoque son de tipo terapéutico, dado que tienen base en las aportaciones teóricas del psicoanálisis clásico, anteriormente expuestas aunadas ahora a nuevos aspectos teóricos. Aunque estas corrientes tienen un anclaje conceptual muy cercano, la intervención psicodinámica se diferencia de la de tipo psicoanalítica en varios aspectos clave, entre los que destacan: mayor brevedad de las intervenciones, menor intensidad del tratamiento, multiplicidad de focos terapéuticos y énfasis en la validación científica.

Prosiguiendo con este modelo, Hirsch (2012), ofrece una remembranza acerca del psicodrama de J. Moreno, pues fue una de las primeras terapias de grupo, misma que adquirió relevancia en inicios de la década de los 40"; además conviene mencionar que se fundamentó en las dinámicas de grupo, mediante procedimientos dramáticos y centrados en la emoción, con el objetivo de que pudiesen ser interpretados para fomentar el cambio, en la misma época.

A su vez, Fernández y Opazo (2004), sugieren que bajo el modelo psicodinámico, básicamente se debe exponer al terapeuta como una fuente que proporciona experiencia nueva, con el fin de provocar cambios a través de esas experiencias en los aprendizajes inadecuados que los pacientes han acarreado desde el pasado, por lo que se trata de identificar los juegos inconscientes de estos, mediante los que construyen sus relaciones y tratan de inducir al terapeuta a que se ajuste a ellos. Para lo cual el profesional contará con tres aspectos o técnicas, que son una serie

de guías para entender los conflictos de los pacientes; una línea para sus intervenciones es la identificación de las resistencias y su manejo, para entender el conflicto de estos.

De igual manera, bajo esta tesitura se tiende a la transferencia, como la tendencia de los pacientes por actuar sus conflictos emocionales a través de la relación con el terapeuta, por tanto, aquí se consideran una serie de expectativas previas con las que interpretarán los eventos de las relaciones que se presenten durante las sesiones grupales, así mismo respecto a la guía de intervenciones, el terapeuta deberá estar atento a la relación terapéutica, haciendo conexiones interpretativas sobre las temáticas tocadas en las sesiones, observando los roles dados en el grupo, pues estas interpretaciones son básicamente la herramienta técnica más importante. (Fernández y Opazo, 2004)

Por tanto queda entendido que este enfoque aporta un modelo de intervención en el que los conocimientos aprendidos de forma cohesiva en los pacientes a lo largo de sus experiencias vividas, se identificarán en tanto al amalgamamiento que puedan tener con aspectos inconscientes para de esta manera llegar a un ajuste que proporcione el equilibrio necesario entre el individuo y su entorno.

En este mismo orden, se dará seguimiento a la perspectiva humanista, que se enfoca en los aspectos centrados en el cliente, solo que ahora se traspolan al trabajo en grupo, veremos a groso modo los puntos más importantes en tanto al tema.

4.4.3 Perspectiva Centrada en el grupo

El modelo dado a los grupos centrados en el proceso, mencionan Fernández, y Opazo (2004), se centran en la utilidad de la relación grupal en sí misma, para promover la expresión emocional y el cambio psicológico en las personas que participan, esta perspectiva deviene del autor del enfoque centrado en la persona, Carl Rogers, quien expuso que en este enfoque psicoterapéutico no se trata de hacerle algo a la persona, ni de inducirlo a hacer algo en relación a sí misma, sino más bien, de liberarla, para que pueda tener un crecimiento y un desarrollo a nivel

personal, es decir, que el afectado quite por sí mismo, los obstáculos que le impiden avanzar; dentro del objetivo buscado se trata de proporcionar un clima seguro para examinar la gama de sentimientos y ayudar a los miembros a ser más abiertos a las experiencias y desarrollar la confianza en sí mismo y en sus juicios, para desarrollar la espontaneidad, honestidad y apertura.

Al respecto Compas y Gotlib (2003), consideran que este enfoque facilita que el grupo lleve un óptimo manejo de las barreras de comunicación que pudiesen presentarse, además establece un clima de confianza ayudando el funcionamiento del mismo y haciendo que la tarea del facilitador sea genuina, teniendo aceptación incondicional, respeto y comprensión, creando un clima de tolerancia y experimentación; en la que el terapeuta proporciona escasa estructuración o dirección, ya que los miembros son considerados capaces de encontrar una dirección significativa, de ayudarse mutuamente y de progresar hacia resultados constructivos, por lo tanto se hace hincapié en actitudes y técnicas estructuradas o planificadas. Algunas son la escucha activa, el reflejo de sentimientos, la clarificación, el apoyo y el estar presente para el cliente.

Por su parte Durand y Barlow (2010), aseguran que Rogers menciona que son necesarias tres actitudes o comportamientos básicos, facilitadores del proceso, los que todo psicoterapeuta humanista debe tener y son; empatía, autenticidad o congruencia y sobre todo aceptación incondicional de la persona.

Entre las técnicas utilizadas por este enfoque destacan; el reflejo, ya sea de sentimiento, actitud, pensamiento y experiencia, la auto-revelación que significa que el terapeuta puede compartir sus experiencias en caso de que estas puedan ser de ayuda a los miembros del grupo, la confrontación, que básicamente es enfrentar con lo que dice. Es conveniente resaltar que los grupos de encuentro atraviesan por diversas etapas que son: rodeos, resistencia y expresión o exploración personal, estas como descripción de sentimientos del pasado, expresión de sentimientos y exploración de material personalmente significativo, expresión de sentimientos interpersonales inmediatos dentro del grupo, desarrollo en el grupo de la capacidad de aliviar el dolor ajeno, aceptación de sí mismo y comienzo del cambio,

resquebrajamiento de las fachadas, realimentación, enfrentamiento, relación asistencial fuera de las sesiones del grupo, encuentro básico, expresión de sentimientos positivos y acercamiento mutuo y cambios de conducta en el grupo. (Papalia y Wendkos. 1987).

En resumen, puede acentuarse que este modelo de intervención diferencia de los anteriores, donde el psicoterapeuta funge como guía para el paciente en el trabajo de los aspectos psicológicos que le aquejan, las bases de esta teoría exponen que bajo esta base, será el mismo individuo quien se libere y crezca, que derribe los obstáculos que lo frenan hacia su desarrollo personal, mediante como se mencionó antes, el análisis de sus sentimientos, experiencias y constructos.

Teniendo claro lo anterior expuesto, las perspectivas restantes de estudio las analizaremos a partir del modelamiento proporcionado por la perspectiva Gestáltica.

4.4.4 Perspectiva Gestalt

La psicología Gestalt, en la intervención grupal, ha dejado un panorama amplio para la consecución del objetivo que al igual que en las demás perspectivas es que el individuo logre un cambio y por ende un desarrollo óptimo, por tanto es habido el conocer cómo trabaja ese enfoque y cuál es su modelo de acción en la práctica.

Primeramente es importante mencionar que según lo expuesto por Prada (1994), antes de profundizar en el tema es necesario tener claro el significado de Gestalt, pues mediante ello se entenderá el modo de manejo. Por tanto este autor explica que su significado es básicamente la integración del todo, como una unificación más allá de la suma de sus partes.

Al respecto Díaz (2000), aclara que Fritz Perl es quien figura como el fundador de la terapia Gestalt; este enfoque parte de la idea que la persona puede temer a la vida y a experimentar el aquí y el ahora; debido a esto, suele vivir principalmente en el pasado, mediante los recuerdos obsesivos, y en el futuro, con las expectativas ansiosas de la catástrofe, por esto tal vez la mayor contribución de la terapia de grupo Gestalt fue la incorporación de los aspectos creativos y de conciencia corporal

de la teoría y terapia Gestalt al proceso grupal y la importancia que da el aprendizaje experiencia más que el insight, donde la meta es capacitar a los miembros a prestar atención a las experiencias que viven en cada momento para que puedan reconocer e integrar los aspectos de sí mismos, a los que han renunciado, para lo cual se sugieren técnicas de ayuda a los participantes para intensificar su experiencia y estar alertas a sus mensajes corporales, en la identificación y trabajo de asuntos pendientes del pasado que interfieren en su funcionamiento habitual.

En tanto el modelo aterrizado en el campo grupal, expone que el terapeuta deberá dedicar tiempo en analizar a cada integrante para obtener un diagnóstico terapéutico. Pues esto es la base que el terapeuta tendrá para hacer que la persona se responsabilice y logre ser consciente de su experiencia centrada en sí misma. Esto a nivel grupal, proporciona estructura para intensificar las técnicas de las emociones, donde los integrantes deberán ser activos y efectuar interpretaciones por tanto se usarán distintas técnicas orientadas a la acción, las que intensifican la experiencia inmediata y la conciencia de los sentimientos habituales. (Díaz, 2000)

En cuanto a estas técnicas, Portillo (1994) incluye la confrontación, la silla vacía, la rueda, los procedimientos de ensayo, trabajo de sueños, entre otros, donde el interés por la expresión no verbal es congruente con las culturas que buscan más allá de las palabras, puesto que este enfoque ayuda a los clientes que estén acostumbrados a la no expresión libre de sentimientos, por ello el terapeuta usa la observación de las expresiones corporal, pues los miembros culturalmente son condicionados a ser reservados emocionalmente y por tanto pueden sentirse reacios a este enfoque; por ello, los grupos de terapia Gestalt suelen incluir de 8 a 10 miembros y uno o dos líderes; generalmente se reúnen durante una hora u hora y media, una o dos veces por semana, suelen ser abiertos, de duración ilimitada. Antes de incluirse en un grupo, hay una orientación previa individual, donde se detalla el contrato de grupo para cada miembro, haciendo énfasis en que estos grupos son especialmente muy eficaces para personas inhibidas o muy intelectuales, que están desconectadas de sí mismas.

En consecuencia, este tipo de intervención invita a la responsabilidad y consciencia del actuar, induciendo a la persona a la experimentación en el momento y situación

que se torne en su contexto, dejando atrás el pasado y conociendo en sí mismo las reacciones que cada acto, situación o hecho le provoca como reacción tanto interna como externa.

No obstante, el enfoque sistémico nos da un panorama más amplio pues dentro de su construcción teórica añade elementos dentro de un sistema que se van a interrelacionar y por lo tanto a afectar mutuamente. Es por ello, que retomamos estos aspectos en el siguiente apartado.

4.4.5 Perspectiva Sistémica

Con respecto al tema del trabajo grupal, Pattakou y Nestoros (2007) explican que los sistémicos aprovechan los efectos que da como resultado la dinámica grupal y enfatizan en que la visión que este enfoque brinda al respecto de la interacción entre sus miembros, pues lo visualiza como un sistema entre los que se conjugan tanto familia, trabajo, amigos y todos aquellos con los que interacciona en el día a día; Por tanto, este enfoque aplicado al grupo, propone un tipo de terapia en la que dos o más personas, hablan sobre un problema en específico, ofreciendo soluciones, entre unos y otros, es importante mencionar que aun a pesar de esta técnica, no se encuentra ligado al psicoanálisis, que es un proceso tardado, o cualquier tipo de terapia individual; no obstante, se pretende que los integrantes hablen de toda la situación, en lugar de un problema en específico y cuando lo hace, el grupo ofrece la posibilidad de llegar a una solución, que puede ser aplicada a cada conflicto personal, cabe mencionar que en cada decisión, se verán afectados todos los integrantes, por lo que deben asegurarse de que cada persona vaya a un buen nivel y avanzando con los otros.

En resumidas cuentas, los anteriores incisos son las bases que modelan lo que hoy conocemos como intervención grupal, terapia de grupo y trabajo con estos, desde distintas perspectivas, por lo que en opinión de Díaz (2000), puede concluirse que desde la observación sociológica e histórica, ...“los grupos son el punto de partida de la sociedad, dado que a partir de estas subsociedades, comienza la interacción social”..., según esta perspectiva, se debe realizar un análisis de los roles de cada

integrante en el grupo, dentro y fuera de él, así como de la satisfacción y pertenencia entre sus miembros, y los conflictos resultantes en el grupo y en cada parte él. (Díaz. 2000, p. 28)

Hechas estas consideraciones y con el conocimiento breve pero conciso de cada uno de los modelos mencionados y su tipo de intervención en la atención de grupos psicoterapéuticos, se concluirá con la perspectiva cognitivo-conductual, dado que bajo intereses del investigador es a partir del siguiente modelo, que se lleva a cabo la propuesta de intervención objetivo primordial de esta investigación.

4.4.6 Perspectiva Cognitivo- Conductual

Este enfoque nace de la teoría Conductista según Durand y Barlow (2010), el modelo Conductual, también denominado Cognitivo-Conductual o de aprendizaje social, es usado tanto de manera individual como grupal. Por esto de manera subsiguiente se hablará sobre cómo se trabaja y de donde parten sus ideas.

En primera instancia mencionan Ruiz y Sánchez (2009), que una de las figuras que evoco nuevas investigaciones en torno a las ideas conductistas fue Joseph Wolpe, psiquiatra Americano, quien ideó diferentes procedimientos conductuales para aquellos pacientes que sufrían fobias, una de sus técnicas más conocidas se denominó desensibilización sistemática, que básicamente partía de exponer al paciente a la situación fóbica, con el objetivo de que enfrentarse está y se diera cuenta, de que en realidad nada malo sucedía en presencia del objeto. A lo que Wolpe, denominó psicoterapia por inhibición recíproca, con la cual demostró que la terapia conductista podría aplicarse en tratamientos de neurosis y otros padecimientos, era efectiva, ya que su procedimiento era corto, en comparación con los del modelo psicoanalista.

Aunado a esto, para entonces el enfoque conductista, no solo se situó en el campo clínico, sino también en el académico, pero a finales de los años sesenta, según Safran y Segal (1991), comenzó a ser cuestionado, dado que se consideró *reduccionista y mecanicista*, ello dio apertura a nuevas alternativas entre las que destaca “...la psicología Humanista en la que aparece Rogers, el modelo Sistémico

de terapia familiar en el que figuran Bateson, Jackson, Haley, Minuchi, de igual manera encontramos el Modelo Cognitivo en el que figura Ellis, Beck, Meichenbaum y Mahoney...” (Ruiz & Sánchez, 2009, p.35)

De igual manera, para Safran y Segal (1991), este enfoque representó, sólo los aspectos más superficiales del cambio psicoterapéutico y parecía incapaz de adaptarse a los problemas más complejos de la clínica, como son los trastornos de personalidad, las relaciones interpersonales, problemáticas crónicas, por mencionar algunas, por tanto lo esencial, es el proceso subyacente a través del cual se produce el cambio, que se centra en tres mecanismos específicos de cambio:

“1. El descentramiento: experimentar el propio papel en la construcción de la realidad.

2 El desmentido experiencial: rebatir creencias disfuncionales acerca de sí mismo y de otros, mediante nuevas experiencias.

3. El acceso a la información sobre disposiciones a la acción: descubrir aspectos inconscientes de la propia experiencia interna.” (Compas & Gotlib, 2003 p. 135)

Según lo anterior, estos mecanismos pueden ser activados mediante la exploración de acontecimientos de la vida del paciente sobre todo, cuando se activa en la sesión sus componentes emocionales, o bien la exploración de eventos de la misma relación terapéutica misma.

Al respecto Compas y Gotlib (2003), sugieren que en este proceso, el paciente acepta o consiente con demasiada facilidad y prontitud, el planteamiento del terapeuta, o en su defecto no responde a una intervención o tarea terapéutica, dado que puede ocurrir que active mecanismos de protección, como son evitaciones cognitivas, emocionales, conductuales, que no son más que defensas y/o resistencias, por lo que trabaja con tres focos terapéuticos:

“1. El foco de problemas fuera de la sesión,

2. El foco de problemas presentados en la misma sesión, según estas dificultades se vayan exponiendo y presentando en la terapia, y el acceso a la información sobre la disposición a la acción.

3. El foco fuera de la sesión: Las intervenciones terapéuticas que son básicamente verbales, ya que en este enfoque no se utilizan los auto-registros y tareas para casa de la terapia cognitiva clásica.” (Feixas & Miró, 1993 p.456)

En conclusión y a groso modo, los anteriores párrafos enmarcan el modelo terapéutico que conlleva el enfoque cognitivo conductual, sin embargo en posteriores incisos se retomara el tema en cuanto a las técnicas y tácticas de este modelo, para tomar los que concuerden con los objetivos a buscar en la intervención que se propondrá como resultado de este estudio.

Así pues concluye el análisis de los distintos modelos según sus enfoques, y pasando ahora a otro punto importante de la investigación, que radica en la conceptualización, clasificación grupal y las características propias de los grupos.

4.5 Clasificación y características de un grupo.

Al respecto del tema grupal y sus características, González y Monroy de Velasco (2004), explica que antes de observar a fondo el tema es necesario conocer cómo se conceptualizan, por tanto coloca en primer plano el significado del grupo primario, que encierra la relación directa entre personas, donde el número de estas, es reducido, expone también que en referencia a ello, no sólo es relevante la relación, sino también la dinámica que de estos deviene y la interdependencia que se da como resultado.

Además González, Ravetllat y Pérez (2001), sugieren que entre las características que encierran las propiedades de un grupo, se observan desde una interacción constante, reconocimiento entre sus miembros, así como de las personas externas, aceptación de reglas por quienes lo integran, compartimiento común de temáticas, papeles entrelazados entre sí, de igual modo deberá existir una identificación de modelamiento que normatice las conductas de sus integrantes bajo los mismos ideales; en conjunto el grupo debe proporcionarle a cada uno una recompensa y las metas objetivo de la unión se deben alcanzar de forma interdependiente, es decir, todos se percibirán como uno solo y actuarán de tal forma, percibiendo homogéneos y similares en el contexto en el que se da la agrupación.

Posteriormente y con base en estas ideas, López (1997); explica la clasificación dada a los grupos, donde el primero se denomina; grupo de adiestramiento o de Instrucción, luego está la terapia de grupo y los grupos centrados en la tarea o grupos operativos.

También es importante mencionar que Almagia (1998), refiere que en la clasificación de grupos terapéuticos, destaca el grupo terapéutico, dado que se focaliza en una problemática concreta, es decir que puede ser tocante a diversas adicciones, trastornos de personalidad entre otras temáticas clínicas; otro tipo es el grupo psicoeducativo, en el cual se realizan talleres en los que se trabajan aspectos tales como empatía, habilidades sociales, liderazgo, autoestima, autoeficacia, metas y logros; también los grupos de familias, donde se interviene con estas con el fin de que compartan una problemática o un foco de intervención concreto, que puede enfocarse en procesos adictivos en adolescentes u otro miembro familiar, en situación de riesgo, finalmente las escuelas para padres, donde se trabajan aspectos tales como establecimiento de límites y normas, la comunicación efectiva en la familia, los estilos educativos, prevención de conductas aversivas y demás.

Ahora bien, de manera global, Maisonneuve (1980), realiza un énfasis marcado en este tema, aclarando que la psicología social juega un rol de suma importancia en los grupos, dado que analiza los procesos de socialización, los elementos del liderazgo, los conflictos internos y externos del grupo, así como las actitudes frente al cambio, para lo que retoma la teoría lewiniana, misma que como se menciona en párrafos anteriores plantea conceptos que han permeado diversas corrientes en torno al tema grupal.

Conviene resaltar, que dadas las condiciones y el tipo de población, así como las variables que se manejan, bajo perspectiva del investigador, el enfoque que se habrá de utilizar para la propuesta de intervención es el Cognitivo-Conductual, por tanto, en posteriores incisos, se hablará de manera más detallada sobre el manejo que se da a nivel grupal en cuanto a este enfoque, dado que será la línea a seguir en la práctica que se haga de manera contextual con la población en cuestión.

A partir de esta permeabilidad existente en la intervención grupal, es necesario conocer cuáles son los procedimientos que se llevan a cabo en el trabajo en grupo, por esta razón, de manera subsecuente se prosigue con tal análisis.

4.6 Técnicas y tácticas grupales.

Como se ha reiterado en el transcurso de esta investigación, el objetivo final es el desarrollo de una propuesta de intervención grupal para el trabajo con la población dedicada al trabajo sexual, por tanto es necesario también conocer que tipos de técnicas y tácticas son utilizadas en cuanto a la intervención grupal.

Para lo cual de manera inicial, Andueza (1985), define las técnicas grupales como las maneras, procedimientos o medios sistematizados de organizar y desarrollar la actividad del grupo, según los conceptos dados por la teoría de dinámica de grupo, son estrategias que constituyen un conjunto de normas y procedimientos prácticos, útiles para facilitar y perfeccionar la acción, cuando se requiere trabajar desde una lógica en la que los participantes deben construir conjuntamente, posturas, opiniones, reflexiones, modos de pensar, con respecto a la problemática abordada. Es conveniente resaltar que bajo la visión de González y Monroy de Velasco (2004), estos son el conjunto de medios e instrumentos que, aplicados al trabajo colectivo sirven para identificar las dificultades personales y cómo, estas influyen en el grupo, lo movilizan y estructuran cuando se halla paralizado o estancado y favorece el alcance de los objetivos propuestos; enfatizando en que la potencialidad de las técnicas permite generar no solo el conocimiento previo, académico o elaborado desde un aprendizaje sistemático, sino todo aquel que ha sido construido desde hechos significativos en la interacción de un sujeto con sus entornos, ya sea familiar, social, laboral, escolar y cultural.

Bajo esta tesitura, Andueza (1985), enfatiza diciendo que dado que las técnicas grupales se constituyen con el objetivo de trascender la palabra, y además acceder a un público más amplio, se deben convertir las experiencias grupales y psicoterapéuticas en espacios para la lúdica, la creatividad y la recreación, que fortalezcan la visión integral del desarrollo humano, también menciona la

importancia de conocer que antes de ser ejecutada una técnica en el grupo, debe ser analizada y escogida con detenimiento, haciendo análisis en las necesidades del grupo, ya que en la elección, se conjugan diferentes factores que van desde la experiencia personal, hasta las condiciones ambientales, con las que se cuentan. Por tanto según Rogers (2008), se deben tomar en cuenta algunas variables como son; los objetivos que se persiguen lograr, el tamaño del grupo, ya que influye en el nivel de funcionamiento del mismo, edades de los Integrantes, pues es de acuerdo a ellas que se diseñan las técnicas, teniendo en cuenta algunas características socioculturales que están establecidas en relación con el desarrollo evolutivo y por ende físico y psicológico, también las condiciones físicas y mentales de los participantes, con el fin de conocer previamente las dificultades que puedan ser impedimento al momento de la realización.

Respecto a esta idea, Andueza (1985), explica que de igual modo un determinante para la formación de un grupo es el ambiente físico, es decir la iluminación, el espacio, el tiempo que se requerirá para su realización, así como las características del medio externo y los miembros que se incluirán para tal intervención, dado que son fundamentales, pues no es lo mismo trabajar con niños, que con adultos, no es lo mismo trabajar con un grupo escolar que con un grupo comunitario o laboral.

4.6.1 Técnicas de intervención Cognitivo-Conductual.

Antes de profundizar en el tema en cuestión, es necesario exponer la definición proporcionada por Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), quienes hablan de la terapia cognitivo conductual, como una intervención psicológica de tipo clínico que se encuentra fundamentada en teorías del aprendizaje, sin embargo no solo se enfoca en este aspecto, sino también en las “...*respuestas física, emocionales, cognitivas y conductuales destapadas...*”, es decir que trabaja también con aquellos resultantes de acciones que durante las experiencias vividas se han instaurado como comportamiento habituales en el individuo a tratar. (Ruiz, Díaz & Villalobos. 2012, p33)

Este modelo de trabajo psicoterapéutico según exponen estos autores, hace énfasis en que es el individuo en sí, quien de manera única tiene responsabilidad en todas las afecciones que le aquejan, por lo que reeduca al individuo para tomar las riendas de sus responsabilidades para consigo mismo, y así controlarlos.

Por su parte Goldfried y Davison (1994, citado en Phares 1999), consideran que se puede definir como una labor clínica cuyo reflejo parte de lineamientos filosóficos y experimentales acerca de la conducta, con una suposición central se enfoca en las conductas disyuntivas analizadas en el contexto clínico y sus implicaciones se tornan hacia el cambio en la conducta del individuo.

Al respecto Phares (1999), expone que bajo este enfoque, el mayor énfasis es de tipo científico, sin embargo se deja de lado la importancia hacia las variables inferidas, por lo cual su objetivo como ya se dijo antes, es amplificar la acción del individuo a partir de “... técnicas que se dirigen hacia los procesos cognoscitivos y otro tipo de mediadores...” (Phares. 1999, p. 380)

Es necesario mencionar que aunque la terapia cognitivo conductual puede ser ocupada en diversos aspectos clínicos para tratar diversidad de problemáticas, para uso de esta investigación solo se tomarán en cuenta aquellas enfocada al modelamiento y entrenamiento de habilidades sociales, por lo que a continuación a criterio del investigador se expondrán aquellas consideradas en la presente investigación.

4.6.1.1 Tipos de técnicas

En este apartado no solo se expondrán los tipos de técnicas que por su base teórica se orientan al objetivo buscado en este trabajo, sino también los fundamentos que dan base epistemológica a estos.

En relación a esto último, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), exponen que una de las aportaciones significativas a los modelamientos cognitivo conductuales en el aspecto social, son los proporcionados por Albert Bandura, psicólogo canadiense que formuló los preceptos sobre el aprendizaje social, la autoeficacia; teorías que

bajo los conceptos y variables en juego durante la investigación encajan de manera idónea.

Bajo esta tesitura, Phares (1999), de igual modo menciona que, en lo tocante al entrenamiento de habilidades sociales, el enfoque cognitivo conductual también encuentra fundamentos en la teoría del aprendizaje social de Rotter, cuya explicación de la conducta versa sobre el producto tanto de reforzamiento, como de expectativas, pues es a partir de ello que los individuos elegirán comportarse; dado que, se espera que la conducta se encamine hacia una meta o resultado de algún valor.

A partir de este orden de ideas, queda entendido que teóricamente, tanto las ideas de Rotter, como de Bandura, son los pilares de los tratamientos de tipo social que datan de este enfoque y como dicen Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), el modelo dado por medio del aprendizaje social, no solo es la base, sino también el concepto del cual nacen y se desarrollan “...*las intervenciones dirigidas al entrenamiento en habilidades sociales y la promoción de la competencia social...*”, por lo que, las técnicas producto de estas teorías, son esenciales en los programas de entrenamiento y modelado. (Ruiz, Díaz y Villalobos. 2012, p.280)

Ahora bien, entendido ya el hecho de que estas técnicas parten de los constructos teóricos sobre el aprendizaje social de Bandura en su mayoría. Phares (1999), aclara que esté psicólogo argumentaba que en el desarrollo y vida del ser humano, se lleva cabo un modelamiento a partir de la observación, es decir que los patrones de conducta guían hacia el aprender constante en el individuo.

A su vez, este autor menciona que la técnicas de imitación, modelamiento y observación son procedimientos con los que se guía a la persona al aprendizaje de nuevas habilidades, o nuevas conductas, y que de igual manera fungen como pauta importante en la erradicación de conductas aversivas, así como para “...*reducir temores y ansiedad asociados, utilizando en ocasiones conductas que ya son parte de su repertorio...*” (Phares. 1999, p. 397)

En tanto a la tipología de técnicas, al tener como fundamento la teoría socio-cognitiva, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), exponen que tiene una implicación que parte de aspectos como la atención, que es el punto de partida de todo aprendizaje

vicario, es decir que los aspectos que se tornen atractivos y relevantes, se observarán con importancia y será factible la comprensión del significado y la información se percibirá con mayor facilidad y por ende se dará apertura al proceso cognitivo. Estos autores enfatizan en que el observador atenderá aquellas conductas que resultan en emociones positivas o negativas; en yuxtaposición de aquellas que no provoquen emoción alguna.

Bajo esta tesitura, estos autores, también explican que de los cuatro puntos básicos para el aprendizaje vicario o por modelado, el segundo punto se torna en la retención que tenga el individuo a partir de lo que observe y atrajo su atención, la retentiva que logre darse, se encuentra condicionada por la capacidad con que cuenta la persona para realizar codificaciones simbólicas, es decir que pueda realizar una representación mental tanto verbal, como de imágenes de "...la información relevante para la adquisición y posterior ejecución...", en tanto el tercer punto se enfoca en la reproducción que solo se dará con los dos anteriores aspectos y además de que tal información haya sido almacenada en la memoria y pueda a su vez se extraída para repetir la acción. Finalmente la motivación, es impulso necesario en el proceso de aprendizaje, pues hará que se mantengan o no las conductas modelo; entonces la conducta deberá ser seguida de una consecuencia o reforzante que puede ser externa o interna, de tipo directo o vicario, es decir regulado por otro o de auto-refuerzo y extensión. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012, p.283)

Entendido los anteriores conceptos, las técnicas de intervención de modelado o aprendizaje vicario, se dividen en su manejo en dos tipos, que según Phares (1999), en el primero denominado "modelamiento participativo", en el cual el paciente observará al terapeuta realizando la conducta que se pretende instaurar, en este tipo, el terapeuta posteriormente guiará hacia "una participación guiada", donde se invita al paciente a practicar "actividades similares", graduadas potencialmente con el objetivo de producir ansiedad y que esté de manera pausada pero certera, afronte tales contextos, conductas o situaciones. Este autor finaliza con el "modelamiento encubierto", en el que se induce al paciente a la imaginación de aquella conducta que pretende adquirir, con el fin de que a partir de visualizarlo, comience a creerlo

y posteriormente a crearlo, instaurándose de manera indirecta el modelamiento de la conducta objetivo. Este autor resalta el uso del modelamiento encubierto en problemáticas de falta de asertividad. (Phares, 1999, p. p. 397,398)

Al respecto, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), explican que el modelamiento conlleva un proceso que parte de la exposición y observación, seguido de la adquisición de la conducta, su aceptación, así como de la ejecución e imitación.

“1. Exposición: El primer paso de cualquier entrenamiento en modelado es necesariamente, la observación de la conducta, acciones u opiniones del modelo real o simbólico.

2. Adquisición: El segundo paso es asegurar que el observador adquiere la conducta del modelo. Para ello es necesario asegurarse de que el observador presta atención al modelo, retiene la conducta o secuencia de conductas que el modelo está llevando a cabo y será capaz de reproducirla posteriormente.

3. Aceptación/ejecución: El tercer paso es la ejecución de las conductas observadas y adquiridas. Es importante señalar que la exposición al modelo y la adquisición de las conductas por parte del observador no garantiza que las ejecute posteriormente, o si las realiza, sean similares a las esperables, puede haber distintos factores que contribuyan a que el no lleve a cabo las conductas o acciones esperadas.” (Ruiz, Díaz y Villalobos. 2012, p.286)

Prosiguiendo con las técnicas propias del enfoque cognitivo conductual, Phares (1999), habla acerca de la reestructuración racional, misma que tiene base en las ideas de Albert Ellis, quien expuso que la conducta desadaptativa se encuentra determinada por los modos de interpretación del mundo, así como de lo que se suponga de este. De aquí el por qué en este tipo de manejo, el terapeuta enseña al paciente a interpretar de manera realista las situaciones del entorno. Para este fin, se ocupan argumentos y el análisis de los acontecimientos que se presentan, para que logre ver lo irracional de sus creencias. Además de que este método invita a la modificación de oraciones internas mediante el análisis racional de las problemáticas en cuestión, por tanto el paciente al verse inmerso en la situación o conducta problema podrá preguntarse a sí mismo, lo racional o no de la misma.

Otra perspectiva en tanto a estas técnicas es la que proporciona Bellak y Morrison (1982), quien expone diferentes tipos de modelamiento además del dado anteriormente, entre los que menciona, los que se encaminan en esta ruta de investigación, por lo que cita a Rotter, 1954; quien formula "... que un predictor de la conducta social es la expectativa cognitiva que el sujeto tenga de desenvolverse con éxito dentro de una situación dada...". Por tanto, de esta afirmación se entiende que el individuo realizará las habilidades requeridas para el afrontamiento a partir del desarrollo que haya adquirido mediante la expectativa aprendida a priori a la vivencia de la situación.

De igual modo Bellak y Morrison (1982, citado en Ruiz, Díaz y Villalobos. 2012), hablan del modelo de déficit en las competencias sociales, explicadas "...por la carencia de conductas adecuadas en el repertorio de experiencias sociales adecuadas de forma que no ha tenido la oportunidad de aprender las habilidades necesarias...". Por lo cual el seguimiento que se dará es a partir de la instauración de nuevos constructos que permitan una conducta esperada. (Ruiz, Díaz & Villalobos. 2012, p.295).

Por último, estos autores enfatizan en que para el modelo de tratamiento cognoscitivo conductual el tratamiento debe seguir ciertos pasos, tomando en cuenta que su aplicación será una estrategia eficaz para la instauración de respuestas mediante entrenamiento sistemático, con el objetivo de que el sujeto logre distinguir y discriminar "...hechos y creencias, como elementos del mundo circundante...", enfatizando en que el, tiene el poder de determinar las condiciones en que lo afectarán o no.

En tanto a los pasos a llevar a cabo, los criterios a seguir parten en primer lugar de elaborar un estudio detallado de las circunstancias causantes de las respuestas aversivas o no esperadas; por lo que el punto primordial es la identificación de "componentes cognoscitivos", que puedan ser "subjetivos o mentales", es decir que se buscare cuáles son las ideas, pensamientos y creencias del individuo hacia la respuesta que está proporcionando; subsiguientemente se habrá de proseguir con la demostración a partir de ejemplificaciones cotidianas, cuales son los errores cognoscitivos que está presentando de manera consiente por los que distorsiona la

realidad, en este punto, el terapeuta deberá discutir "...alternativas posibles de interpretar en situaciones dadas, enfatizando la utilización de hechos o componentes objetivos de la experiencia...", aunado a esto, el tercer paso se enfoca en alentar al individuo (Lucke, Rodriguez & Thomas. 2000 p.47)

A modo de cierre de este inciso, cabe resaltar que a pesar de que existen muchos modelos de trabajo, los expuestos son los que se acercan a la temática de esta investigación.

Ahora, de manera subsiguiente, se hará mención de las investigaciones relacionadas al tema en cuestión.

CAPÍTULO V

INVESTIGACIÓN RELACIONADA

Antes de analizar las investigaciones previas que se pueden amalgamar al presente trabajo, se enfatiza en aquellas que fueron aplicadas o analizadas en contextos del trabajo sexual, de las que se retomaron ideas y fungieron como base para el tema y objetivo de este trabajo.

5.1 Prostitución y SIDA en la Ciudad de México

En el marco observacional, una de las investigaciones relacionadas con la temática de este trabajo es la realizada una investigación en torno al tema del trabajo sexual en la capital mexicana, por Patricia Uribe Zúñiga, Griselda Hernández-Tepichin, Carlos del Río Chiriboga, Víctor Ortiz, en 1993, encontrando que la mujer dedicada al comercio sexual, cuenta con mínimas posibilidades de negociación, dado que los clientes rechazan el uso del condón.

En dicha investigación, se aplicó un análisis sobre el uso del preservativo a partir de una encuesta realizada en diferentes zonas de la Ciudad de México, misma que arrojó un 89% de negatividad en el uso de este.

Además encontraron que la edad promedio entre trabajadoras sexuales oscila en los 27 años, así mismo se observó que el 54% de ellas solo contaba con educación básica y un 8% era analfabeta. De igual manera los resultados mostraron que el 78% de ellas tenían hijos y eran el principal aporte económico en sus hogares.

Otro punto analizado fue la edad de inicio de vida sexual en estas mujeres, entre las que la edad promedio fue 17 años y el inicio en el trabajo sexual entre los 16 y 25 años con un 75% de población.

Mencionan estos autores que no existe como tal una cifra existente que permita conocer una cifra aproximada de trabajadoras sexuales, dado que no solo se sitúan en las calles, sino también en bares, estéticas y departamentos lujosos que fungen como casas de citas clandestinas. Sin embargo para tal trabajo de investigación fueron analizados un 80% en las calles y el porcentaje restante en estéticas y bares de las zonas rojas de distintas delegaciones de la ciudad.

5.2 Prostitución: una visión desde los derechos humanos

Esta investigación parte desde la perspectiva de los derechos humanos en quienes llevan a cabo esta práctica, dadas las condiciones de violencia y discriminación en las que se encuentran inmersas. Por lo que los autores Mario Alfredo Hernández Sánchez y Julieta Morales Sánchez, buscaron profundizar en su análisis acerca de las condiciones que se tornan en obstáculos para quienes se dedican al trabajo sexual en la práctica de dicho ejercicio a nivel contextual y sociocultural.

Lo anterior con el fin de que a partir de apoyo subsidiado por la CNDH (Comisión Nacional de Derechos Humanos), se logre una perspectiva diferente acerca del trabajo sexual y quien lo ejerce, además de proporcionar un mejoramiento en las condiciones que rodean el contexto en el que se encuentran inmersas las personas que se dedican al trabajo sexual.

5.3 El trabajo sexual y su condena social

Es una investigación realizada por Arturo Reséndiz Trejo, en 2015, con el objetivo de realizar una intervención, con el propósito de abordar el tema de la violencia en el contexto del trabajo sexual, realizando un estudio desde la perspectiva de género, considerando las posturas propuestas sobre el debate (regulación-abolición), ahondando en las premisas epistemológicas que sustentan la condición vulnerable del trabajo sexual.

Este sociólogo, pretendió con su trabajo ahondar en el fenómeno de la violencia, visualizando causas y consecuencias. Además de concluir en que a partir de su observación analizó tanto al contexto, como a la población dedicada al trabajo sexual, percatándose de las alarmantes condiciones de violencia de las que son víctima desde el núcleo familiar y que prosigue en el contexto social.

Finaliza con una propuesta de intervención, que según menciona es bajo enfoque democrático con familias de trabajadoras sexuales. Pretendiendo partir de lo micro (la familia) a lo macro social, creando redes comunitarias de ayuda y apoyo entre las trabajadoras sexuales.

Las tres investigaciones expuestas, fueron pauta para la elaboración de este trabajo, pues es claro que debido a las situaciones a las que son expuestas aquellas personas que se dedican al trabajo sexual, las habilidades resilientes son necesarias para que puedan llegar a subsanar aquellos aspectos que lleven a estas personas a llevar una mejor calidad de vida.

MÉTODOS

El enfoque de investigación que se pretende aplicar es mixto, dado que el alcance de la investigación es de tipo cuali-cuanti, con mayor énfasis en la parte cualitativa, dado que el fenómeno en cuestión se inserta más en el contexto social, por lo que se llevará a cabo un diseño fenomenológico con alcance descriptivo. En la parte cuantitativa, se realizará una correlación explicativa como alcance de estudio y se guiará el estudio con un diseño cuasi-experimental, aplicando pre prueba y pos prueba con un solo grupo.

Las variables implicadas en el estudio son:

VD1: Habilidades Resilientes

Definición Conceptual:

Rutter (1985 citado en Salgado, 2005) hizo uso de esta terminología en torno a la física, dado que hace referencia a la capacidad de un cuerpo de oponerse a la destrucción, resistir, no deformarse y ser fuerte ante cualquier adversidad, lo cual se transfiere al ser humano y se define por tanto como la capacidad de predominar, desarrollarse, mantenerse fuerte y buscar el éxito aun ante las adversidades. Esta habilidad caracteriza a personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos.

Definición Operacional:

Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) (Palomar & Gómez)

Ficha técnica:

Nombre: Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)

Autores: Palomar Lever Joaquina y Gómez Valdez Norma.

Año: 2010

Objetivos del instrumento:

Evaluar la Resiliencia y sus distintas dimensiones.

Estructura:

La Escala de Resiliencia Mexicana consiste en un cuestionario tipo Lickert que consiste en 43 ítems, los cuales tienen un recorrido de respuestas que van de 1 a 4 desde totalmente en desacuerdo, hasta totalmente de acuerdo.

Se conforma por cinco subescalas denominadas, fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura.

Factores

Factor I: Abarca desde las preguntas 1 a la 19 y hace referencia a la claridad que el individuo tiene sobre sus objetivos, así como los esfuerzos por alcanzar metas, la confianza con la que cuenta en que llegará con éxito a sus objetivos, así como la fortaleza, optimismo y tenacidad para enfrentar retos que tiene.

Factor II: Contenido en los ítems que van del 20 al 27, el cual hace mención a la competencia de los individuos para relacionarse con los demás, la facilidad para hacer nuevos amigos, el disfrute de socialización.

Factor III: Se estructura en las preguntas 28 a la 33 y refiere las relaciones familiares y al apoyo que brinda la familia, también la lealtad entre los miembros de la familia y las visiones similares que comparten de la vida y el pase de tiempo de convivencia.

Factor IV: En los ítems 34 al 38 se analiza el apoyo social, principalmente de los amigos, si cuenta con personas en momentos difíciles, que puedan ayudar, que den aliento y que se preocupen por él.

Factor V: Los reactivos 39 al 43 indagan la capacidad de las personas para organizarse, planear las actividades y el tiempo que dan a estas, si tienen reglas y actividades sistémicas aun en momentos difíciles.

Calificación e interpretación

La Escala Mexicana de Resiliencia es un instrumento que consiste en un cuestionario tipo Lickert de 43 ítems con recorrido de 1 a 4 puntos (de “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”, conformado por las sub-escalas de Fortaleza y confianza en sí mismo (ítems 1-19, $\alpha = 0.93$), competencia social (ítems 20-27, $\alpha = 0.87$), Apoyo familiar (ítems 28-33, $\alpha = 0.87$), Apoyo social (ítems 34-38, $\alpha = 0.84$) y Estructura (ítems 39-43, $\alpha = 0.79$).

La escala presenta una consistencia total α de Cronbach de 0.93, que explica 43.60% de la varianza.

La estructura interna de la RESI-M por medio de la prueba Kaiser-Meyer-Olkin se halló una medida de adecuación muestral de .942.

Confiabilidad y validez

La confiabilidad de los factores oscila entre .79 y .92 y la escala total tiene una confiabilidad de .93, por lo que es adecuada para ser utilizada. La escala cuenta con índices de validez y confiabilidad adecuados a la población mexicana.

VD2: Conductas sexuales de riesgo

Definición Conceptual:

El comportamiento sexual se considera una práctica por el hecho de ser construido y compartido socialmente, lo que remite a la elaboración de las imágenes, sentidos y significados atribuidos al ejercicio de la sexualidad. En este sentido, las prácticas sexuales se definen como “patrones de actividad sexual, presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia para ser predecibles”. (Lanantuoni, 2008, p. 48)

Se emplean como sinónimos los términos de prácticas y conductas sexuales, no obstante, para efectos del presente es preciso establecer que las conductas

sexuales, a diferencia de las prácticas y, por ende, del comportamiento sexual, incluyen la masturbación y conductas homosexuales o heterosexuales, como el inicio del coito o actividad sexual. Así, las conductas tienen una connotación más individual y las prácticas se enmarcan en lo común o compartido (López, 2003).

VI: Programa de Intervención grupal

Definición Conceptual:

“Se define como psicoterapia de grupo al conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, a una hora pre establecida de común acuerdo entre terapeuta y pacientes y que comparten una serie de normas tendientes a la consecución de un objetivo común, la curación.”

González (1999)

Es un proceso de asistencia grupal que puede implementarse a nivel preventivo y correctivo. Es específico dado la exigencia de ciertos criterios en cuanto a la homogeneidad o aspecto concreto y común entre los integrantes, bajo un objetivo previamente establecido. Donde un profesional utiliza herramientas como lo son instrumentos teóricos, prácticos y técnicas que ayuden en la consecución de la meta. (Bueno, 2010)

Prosiguiendo con González (1999), explica que los integrantes del grupo terapéutico llevarán a cabo el desempeño de funciones y roles en la interrelación y estos se sujetaran a cambios constantes, además de que en este punto el terapeuta fungirá como directivo en el mismo de manera formal, sin dejar de tomar en cuenta que el rol de cada integrante está sujeto a cambios continuos, el terapeuta desempeña el papel de líder formal del grupo, lo cual no impide que simultáneamente el grupo adjudique, tanto a él como a los observadores, las más diversas funciones y roles (Grinberg, Langer y Rodrigué, 1977).

Definición Operacional

Comparando los resultados de la pre-prueba con los de la pos prueba. De acuerdo al diseño empleado en esta investigación.

Nota: Es importante destacar que la relación entre las variables es de tipo causal.

Hipótesis

Hi: Las habilidades resilientes pueden fortalecerse a partir de la aplicación de un taller en el que se aborden tales temáticas y las trabajadoras sexuales modifiquen sus conductas sexuales de riesgo.

Ho: Las habilidades resilientes no pueden fortalecerse a partir de la aplicación de un taller en el que se aborden tales temáticas y las trabajadoras sexuales no modifican sus conductas sexuales de riesgo.

Nota: El objetivo primordial es diseñar un taller para fortalecer las habilidades resilientes en un grupo de trabajadoras sexuales.

Sujetos

- Trabajadoras sexuales de la zona ubicada en la merced (cisgénero y transgénero).
- Con edades que oscilan entre los 20 y 60 años.

Características socioculturales

- Edad de comienzo
- Tiempo de desempeño en el trabajo sexual
- Nivel académico
- Información e instrucción sobre sexualidad
- Procedencia

Criterios de inclusión

- Que hayan experimentado vivencias de riesgo en su labor.

- Que durante su labor como trabajadoras sexuales se hayan visto expuestas en actividades sexuales de riesgo.

Instrumentos

En este rubro es importante especificar que se llevaron a cabo entrevistas con las trabajadoras sexuales adscritas a la asociación no gubernamental Brigada callejera de apoyo a la mujer E.M.A.C

Se aplicó la Escala de Resiliencia Mexicana, con el objetivo de indagar sobre las habilidades resilientes de las participantes y del mismo modo para conocer si estas habilidades influyen en su autocuidado ante conductas sexuales de riesgo, así mismo es pertinente hacer mención que esté procedimiento será impersonal, es decir anónimo, primeramente para salvaguardar el anonimato de las participantes y porque solo se necesita la información para la tabulación.

Procedimiento

Los pasos llevados a cabo durante esta investigación son los siguientes.

- Pesquisa bibliográfica
- Revisión de literatura
- Consecución de la muestra
- Búsqueda del instrumento para aplicar
- Aplicación prueba
- Análisis descriptivo de los resultados
- Resultados
- Diseño del taller de intervención

Se pretende dejar la apertura para posteriormente llevar a cabo los siguientes puntos, solo que en esta investigación por falta de tiempo no se pudo aplicar como tal la intervención:

- Implementación del taller de intervención
- Aplicación de la pos-prueba
- Evaluación de la pos-prueba
- Análisis estadístico de los resultados obtenidos
- Comparación entre pre-prueba y pos-prueba
- Resultados

Las mujeres que formen parte del grupo deben haber pasado por el proceso previo de admisión donde se les aplicó una entrevista diagnóstica y de haber contado con las características y criterios de inclusión, se les aplicó el cuestionario y la escala RESIM.

Por lo tanto la primera fase es de pre consulta y la segunda fase de aplicación de instrumentos, para mediante los resultados que se obtengan elaborar un mapa de alcance de metas y otro de fortalezas con las que se cuenta al momento de inicio.

Este plan de intervención está basado en psicología cognitiva conductual. De esta manera se busca favorecer y fortalecer las habilidades resilientes en las trabajadoras sexuales, brindándoles estrategias sociales que les ayuden a desarrollar habilidades resilientes, así como darles conocimientos e información que les ayuden a afrontar las conductas sexuales de riesgo.

La intervención es grupal y conlleva doce sesiones en las cuales cada una tiene un objeto específico y criterio de adquisición.

RESULTADOS

Se aplicó una metodología que involucró análisis de tipo cuantitativo y cualitativo en la población dedicada al trabajo sexual, estudiando las variables en cuestión que son las habilidades resilientes y las conductas sexuales de riesgo.

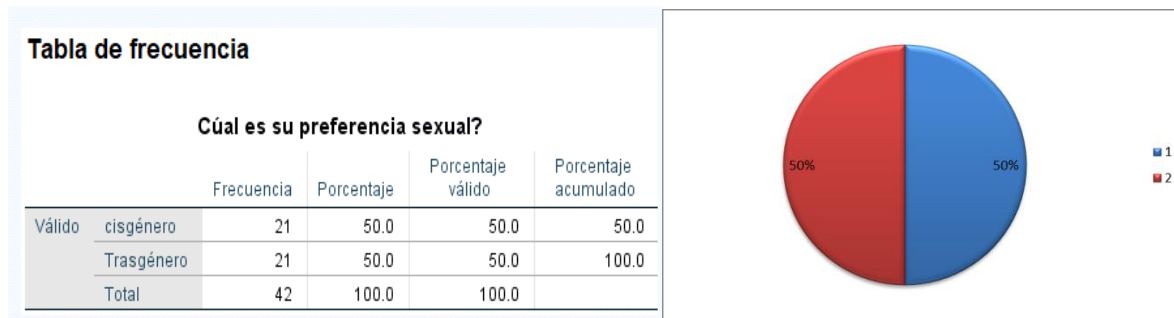
El estudio cuantitativo de las habilidades resilientes, se llevó a cabo a través de la Escala de Resiliencia Mexicana (RESIM), que consta de 43 ítems, distribuidas en cinco sub-escalas de análisis que son: fortaleza y confianza, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura; aplicado a 42 mujeres trabajadoras sexuales, del primer cuadro del Centro Histórico de la CDMX, de las cuales 21 fueron cisgénero y 21 transgénero.

La revisión cuantitativa de datos concretos se elaboró a través de un análisis estadístico descriptivo, dichos datos están agrupados de la siguiente manera: preferencia sexual, edad, nivel educativo, procedencia, residencia, dependientes económicos, edad de inicio de vida sexual, edad de inicio en el trabajo sexual, motivo por el cual inició el comercio sexual teniendo como parámetros si fue por decisión propia o bien, obligada por otra persona; frecuencia sobre el uso del preservativo tanto con clientes como con la pareja sentimental.

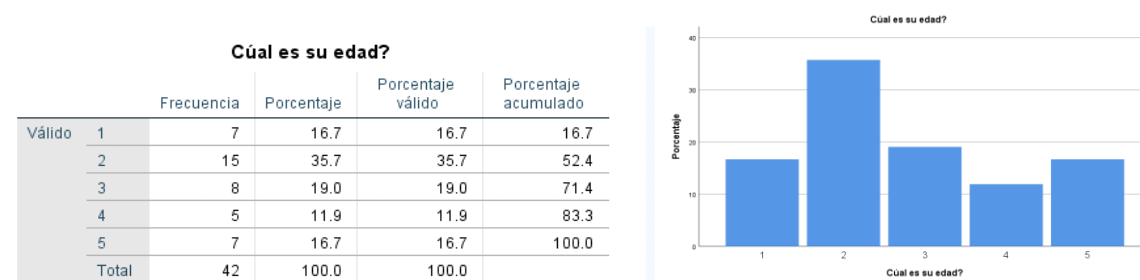
Se aplicó una entrevista a profundidad a partir de la detección de los perfiles más proclives a tener conductas sexuales de riesgo utilizando las respuestas obtenidas en la pregunta 19, 20 y 21.

Posteriormente se analizaron los resultados obtenidos en la Escala RESIM, tanto de manera general como dividida en cisgénero y transgénero, utilizando el SPSS para inferir las conclusiones de nuestra muestra.

Análisis descriptivo de Datos Concretos:



Se trabajó con 42 participantes, de los cuales 21 son cisgénero y 21 transgénero, es así que la anterior grafica muestra que se hace una división del 50% entre una y otra.

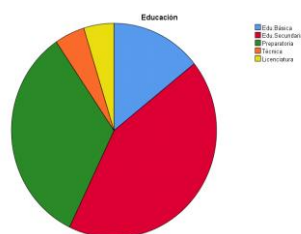


Los resultados significativos de esta grafica denotan que la edad promedio de las entrevistadas fue la que se muestra en el rango 2 (30-39 años), al superar éstos porcentajes con un 35.7%, se establece una consideración significativa, con una moda ubicada en 36 años, dada la edad de mayor repetición. Conviene mencionar que los valores obtenidos, se repartieron en cinco rangos, donde las edades fueron agrupadas de la siguiente manera:

1. De 20 a 29 años
2. De 30 a 39 años
3. De 40 a 49 años
4. De 50 a 59 años
5. De 60 a 69 años

Cual es su nivel educativo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabeta	5	11.9	11.9	11.9
	Edu.Básica	10	23.8	23.8	35.7
	Edu.Secundaria	15	35.7	35.7	71.4
	Preparatoria	9	21.4	21.4	92.9
	Técnica	2	4.8	4.8	97.6
	Licenciatura	1	2.4	2.4	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

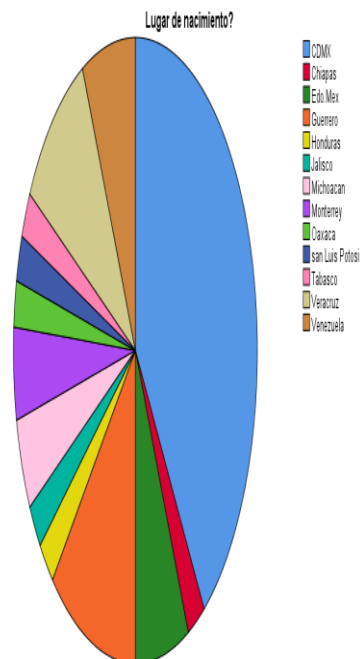


En tanto al nivel educativo, se encontró que la educación secundaria es la característica promedio en la población evaluada, con un el 35.7%.

Al respecto puede expresarse, que según estos datos, este carácter puede impactar de manera importante en los resultados obtenidos en la escala RESIM, además de que la educación e información sobre salud sexual puede verse comprometida por los conocimientos previos del individuo.

¿Lugar de nacimiento?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CDMX	17	40.5	40.5	40.5
	Chiapas	1	2.4	2.4	42.9
	Edo. Mex	3	7.1	7.1	50.0
	Guerrero	5	11.9	11.9	61.9
	Honduras	1	2.4	2.4	64.3
	Jalisco	1	2.4	2.4	66.7
	Michoacán	2	4.8	4.8	71.4
	Monterrey	2	4.8	4.8	76.2
	Oaxaca	1	2.4	2.4	78.6
	San Luis Potosí	1	2.4	2.4	81.0
	Tabasco	1	2.4	2.4	83.3
	Veracruz	4	9.5	9.5	92.9
	Venezuela	3	7.1	7.1	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

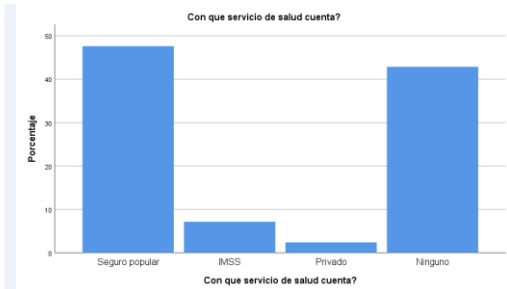


De igual manera se observa en los resultados un promedio significativo de 40.5 %, que expone como lugar de origen la CDMX, seguida por un 11.9 % de Guerrero, el 9.5 de Veracruz. Un porcentaje no significativo, pero que a criterio de quien investiga es notorio es el 9.5 representado por Venezuela y Honduras; dato en particular que muestra una procedencia extranjera y el restante de 90.5 % connacional.

Cabe resaltar que es una cifras importante en el análisis referente a si las han o no obligado a llevar a cabo el trabajo sexual, esta inferencia se expone a partir de los datos expresados en tanto a la trata de personas de las cuales son víctimas muchas mujeres en nuestro país y que a pesar de que la muestra sólo incluye aquellas que trabajaban de manera libre y por decisión en la actualidad, fue necesario escudriñar, si al inicio fuero o no víctimas de este tipo de abusos para con su persona y su sexualidad.

con que servicio de salud cuenta?

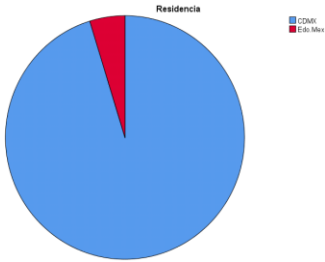
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Seguro popular	20	47.6	47.6	47.6
	IMSS	3	7.1	7.1	54.8
	Privado	1	2.4	2.4	57.1
	Ninguno	18	42.9	42.9	100.0
	Total	42	100.0	100.0	



El promedio encontrado en tanto a los servicios de salud con los que cuenta esta población (trabajadoras sexuales), expresa un promedio importante del 47.6%, con seguro popular, casi al parejo del 42.9% con ningún tipo de seguridad médica, ello pudiese significar una salud sexual y tratamiento de la misma un tanto deficiente. Este aspecto de igual modo podrá contrastarse con las cifras resultantes del nivel de autocuidado que arrojen en posteriores resultados, en especial en los de la Escala RESIM.

Lugar de residencia?

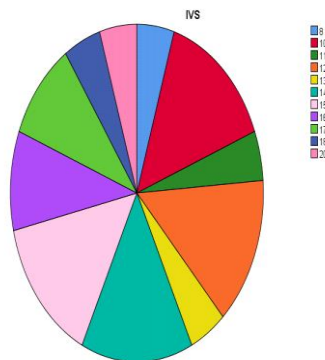
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CDMX	35	83.3	83.3	83.3
	Edo.Mex	7	16.7	16.7	100.0
	Total	42	100.0	100.0	



Puede observarse que una incidencia del 83.3 %, residiendo en la CDMX y tan solo un 16.7 % en el Edo. Mex.

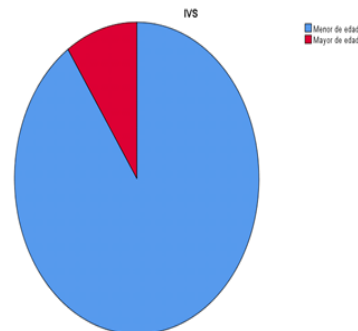
A qué edad inicio su vida sexual?

Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	6	1	2.4	2.4	2.4
	8	1	2.4	2.4	4.8
	10	3	7.1	7.1	11.9
	11	1	2.4	2.4	14.3
	12	3	7.1	7.1	21.4
	13	4	9.5	9.5	31.0
	14	5	11.9	11.9	42.9
	15	11	26.2	26.2	69.0
	16	4	9.5	9.5	78.6
	17	5	11.9	11.9	90.5
	18	2	4.8	4.8	95.2
	20	1	2.4	2.4	97.6
	21	1	2.4	2.4	100.0
	Total	42	100.0	100.0	



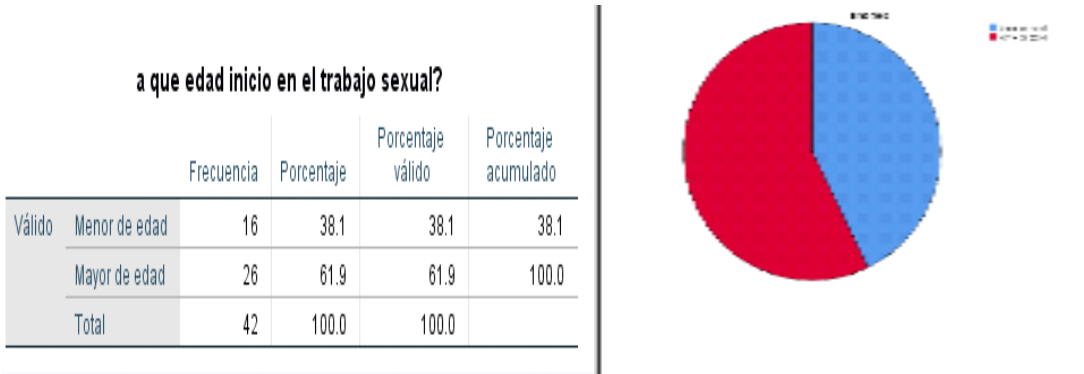
a que edad inicio su vida sexual?

Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Menor de edad	38	90.5	90.5	90.5
	Mayor de edad	4	9.5	9.5	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

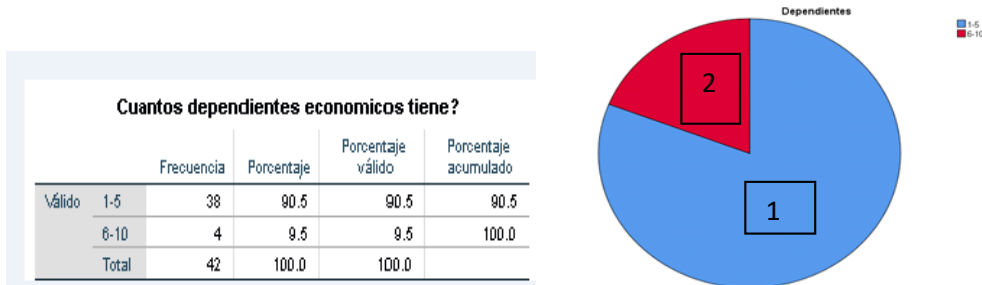


En tanto al inicio de vida sexual, las cifras muestran 90.5% que comenzó antes de la mayoría de edad, con edades que oscilan entre los 6 y 17 años. Con una moda representativa en los 15 años.

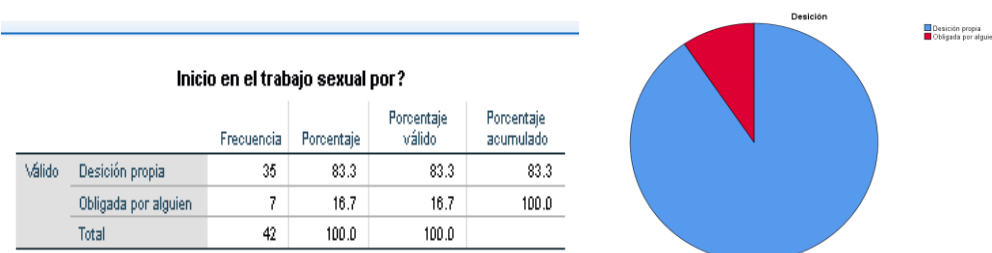
A qué edad inicio su vida sexual?



En tanto a la edad de inicio en el trabajo sexual, se puede observar que la cifra significativa se torna en el 61.9 %, lo que permite expresar que la mayoría comenzó en edad adulta.



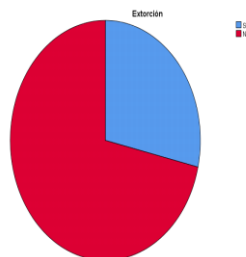
En general, se encontró como cifra importante respecto a los dependientes económicos, un 90.5%, sostienen entre 1 y 5 personas, que en su mayoría son hijos, padres y/o pareja, así como un 9.5%, que fungen como la principal entrada de entre 6 y 10 personas, donde en entrevista pudo conocerse que son familiares extensos, es decir sobrinos, abuelos y familiares que se encuentran en situaciones precarias.



En tanto a la decisión tomada para laborar en el comercio sexual, hay un porcentaje significativo del 83.3 %, que menciona haber decidido hacerlo consciente de los pormenores de tal labor, por otra parte el 16.7%, fue obligada por otra persona, en algunos casos en entrevista mencionaron haber sido obligadas por algún familiar y/o pareja sentimental.

Le han cobrado por dejarla trabajar en el sexo?

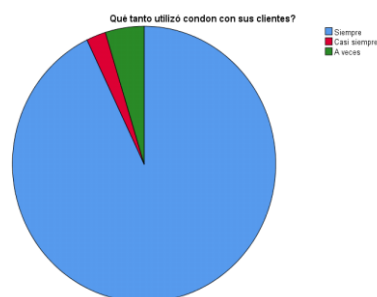
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	18	42.9	42.9	42.9
	No	24	57.1	57.1	100.0
Total		42	100.0	100.0	



Al respecto se observa que más del cincuenta por ciento (57.1%), no fue extorsionada, es decir que nunca le han cobrado por trabajar en el sexo, sin embargo el 42.9% menciona que aunque en la actualidad trabajan de manera autónoma, anteriormente tenían que pagar cantidades monetarias por su desempeño laboral.

Qué tanto utilizó condon con sus clientes?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	39	92.9	92.9	92.9
	Casi siempre	1	2.4	2.4	95.2
	A veces	2	4.8	4.8	100.0
Total		42	100.0	100.0	



En referencia al uso del preservativo con los clientes, la población arrojó una cifra importante del 92.9 %, que dijo siempre hacer uso de esta herramienta como parte del cuidado de su salud sexual, dado el trabajo de riesgo que imparten.

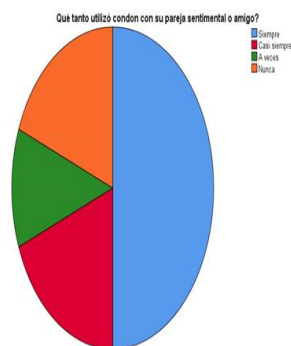
Sin embargo fue importante también el análisis de aquellas que contestaron de forma afirmativa a las opciones de respuesta tocantes a casi siempre y a veces, que equivalen al 7.2 %, por lo que a estas se les hizo otra interrogante al respecto, con el fin de conocer la razón por la que no lo usaron, misma que se observa a continuación.

¿En caso de no haber utilizado condón, cuál fue el motivo?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cliente no quiso utilizarlo	3	7.1	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	39	92.9		
Total		42	100.0		

El resultado en esta respuesta en su totalidad, que no hicieron uso del condón en todos los encuentros sexuales en el trabajo sexual, se debe a la opción referente a que el cliente no quiso utilizarlo.

Qué tanto utilizó condon con su pareja sentimental o amigo?

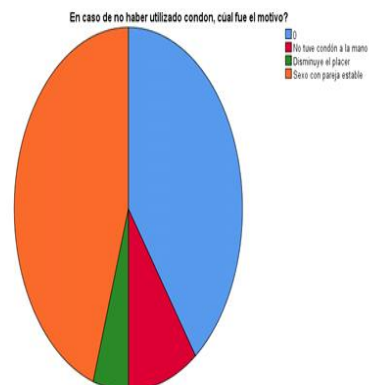
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	21	50.0	50.0	50.0
	Casi siempre	8	19.0	19.0	69.0
	A veces	5	11.9	11.9	81.0
	Nunca	8	19.0	19.0	100.0
Total		42	100.0	100.0	



Los resultados mostrados permiten observar un valor importante del 50% que contestó afirmativamente a siempre usar el preservativo con su pareja sentimental. No obstante, de las cifras restantes, es decir, el 19% y 11.9% que expresaron hacerlo casi siempre, solo a veces y nunca, muestran una cifra significativa sobre el cuidado y la práctica de conductas sexuales de riesgo en el ámbito de relaciones sentimentales.

En caso de no haber utilizado condon, cuál fue el motivo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	8	19.0	40.0	40.0
	No tuve condón a la mano	2	4.8	10.0	50.0
	Disminuye el placer	1	2.4	5.0	55.0
	Sexo con pareja estable	9	21.4	45.0	100.0
Total		20	47.6	100.0	
Perdidos	Sistema	22	52.4		
Total		42	100.0		



Se observan valores que expresan que la respuesta de mayor frecuencia fue el sexo con pareja estable, resultado que permite un análisis en conjunto con la observación

cuantitativa de las respuestas abiertas, con lo que se denota el impacto que tienen las creencias socioculturales en sus vidas sexuales en pareja.

Los anteriores resultados muestran de manera general los datos obtenidos en entrevista con las 42 participantes. Sin embargo, al estar dividida la muestra en mujeres cisgénero y transgénero, es necesario observar los resultados por separado en pro de analizar cuál de las dos poblaciones cuenta con mayores necesidades en tanto al desarrollo de habilidades resilientes o si por el contrario se tornan igualitarias al respecto.

Aun cuando el objetivo no fue hacer una comparación entre cisgénero y transgénero, sino que solamente, observar la muestra en general, es importante, mostrar las siguientes, gráficas comparativas entre ambos grupos, pues nos arrojan resultados importantes en cuanto a las conductas sexuales de riesgo, por subgrupos.

¿Qué tanto utilizó condón con su pareja sentimental o amigo?									
	Cisgénero				Transgénero				
	frecuencia	frecuencia acumulada	porcentaje	porcentaje acumulado	frecuencia	frecuencia acumulada	porcentaje	porcentaje acumulado	
Siempre	9	9	42.9	42.9	Siempre	12	12	57.14	57.14
Casi siempre	3	12	14.3	57.2	Casi siempre	5	17	23.8	80.94
A veces	2	14	9.5	66.7	A veces	3	20	14.3	95.24
Nunca	7	21	33.3	100	Nunca	1	21	4.8	100
Total	21				Total	21		100	

En caso de no haber utilizado condón, ¿Cuál fue el motivo?									
	Cisgénero				Transgénero				
	frecuencia	frecuencia acumulada	porcentaje	porcentaje acumulado	frecuencia	frecuencia acumulada	porcentaje	porcentaje acumulado	
Siempre uso condón	8	9	40	40	Siempre uso condón	12	12	57.14	57.14
No tuve condón a la mano	2	11	10	50	No tuve condón a la mano	0	12	0	57.14
Disminuye el placer	1	12	5	55	Disminuye el placer	0	12	0	57.14
Sexo con pareja estable	9	21	45	100	Sexo con pareja estable	9	21	42.86	100
Total	21				Total	21			

¿Qué tanto utilizó condón con sus cliente?									
	Cisgénero				Transgénero				
	frecuencia	frecuencia acumulada	porcentaje	porcentaje acumulado	frecuencia	frecuencia acumulada	porcentaje	porcentaje acumulado	
Siempre	20	20	95.2	95.2	Siempre	19	19	90	90
Casi siempre	1	21	4.8	100	Casi siempre	2	21	5	95
A veces	0	21	0	100	A veces	0	21	0	95
Nunca	0	0	0	100	Nunca	0	21	5	100
Total	21		100		Total	21			

En caso de no haber utilizado condón, ¿Cuál fue el motivo?									
	Cisgénero				Transgénero				
	frecuencia	frecuencia acumulada	porcentaje	porcentaje acumulado	frecuencia	frecuencia acumulada	porcentaje	porcentaje acumulado	
Siempre uso condón	20	20	95.2	95.2	Siempre uso condón	19	19	90	90
No tuve condón a la mano	0	20	0	95.2	No tuve condón a la mano	0	19	0	90
Disminuye el placer	0	20	0	95.2	Disminuye el placer	0	19	0	90
cliente no quiso utilizarlo	1	21	4.8	100	cliente no quiso utilizarlo	2	21	10	100
Total	21				Total	21			

RESULTADOS RESI-M

Los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Resiliencia Mexicana (RESIM), muestran en cada factor las siguientes conclusiones que se muestran de manera comparativa en tanto a las diferencias significativas entre las mujeres transgénero (TG) y la cisgénero (CG), expuestas en ese mismo orden, cabe resaltar que cada resultado refiere al factor evaluado en orden sistemático, por tanto a continuación se expresa lo hallado.

Factor I

Cisgénero					Transgénero				
1-19					1-19				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	2	9.5	9.5	9.5	Totalmente en desacuerdo	2	9.5	9.5	9.5
En desacuerdo	1	4.8	4.8	14.3	En desacuerdo	2	9.5	9.5	19.0
De acuerdo	3	14.3	14.3	28.6	De acuerdo	5	23.8	23.8	42.9
Totalmente de acuerdo	15	71.4	71.4	100.0	Totalmente de acuerdo	12	57.1	57.1	100.0
Total	21	100.0	100.0		Total	21	100.0	100.0	

En esta comparación podemos observar una cifra 71.4% y 57.1%, como significativa en la opción “totalmente de acuerdo”, estos valores muestran cierta discrepancia entre transgénero y cisgénero, haciendo denotar que en la división poblacional, las mujeres (CG) aunque se encuentran por encima de la media, en tanto al objetivo a observar en este factor referente a la claridad que el individuo tiene sobre sus objetivos, así como los esfuerzos por alcanzar metas, la confianza con la que cuenta en que llegará con éxito a sus objetivos, así como la fortaleza, optimismo y tenacidad para enfrentar retos que tiene, expresa también la necesidad de estas por aprender más al respecto para habilitar este punto importante en la resiliencia

Factor II

Cisgénero

20-27

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	2	9.5	9.5	9.5
	2	1	4.8	4.8	14.3
	3	5	23.8	23.8	38.1
	4	13	61.9	61.9	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

Transgénero

20-27

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	1	4.8	4.8	4.8
	En desacuerdo	3	14.3	14.3	19.0
	De acuerdo	6	28.6	28.6	47.6
	Totalmente de acuerdo	11	52.4	52.4	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

A diferencia de los anteriores resultados referentes a la fortaleza y confianza en sí mismo, este factor expone las competencias con las que cuenta en tanto a la relación con otros, permite observar que tanto puede relacionarse con los demás y la facilidad que esto representa en su vida, además de expresar que tanto se disfruta esta socialización.

Por tanto, al observar las cifras, puede exponerse un 61.9%(TG) y 52.4%(CG), como significativa en la opción “totalmente de acuerdo”, estos valores muestran cierta discrepancia entre TG y CG, haciendo denotar que al igual que en la anterior comparación, son las CG quienes muestran necesidades de educación para lograr una mayor habilitación de estos aspectos.

Factor III

Cisgénero

Transgénero

28-33

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	14.3	14.3	14.3
	2	2	9.5	9.5	23.8
	3	3	14.3	14.3	38.1
	4	13	61.9	61.9	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

28-33

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	7	33.3	33.3	33.3
	En desacuerdo	3	14.3	14.3	47.6
	De acuerdo	5	23.8	23.8	71.4
	Totalmente de acuerdo	6	28.6	28.6	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

Esta sub-escala en el RESIM, refiere las relaciones familiares y al apoyo que brinda la familia, también la lealtad entre los miembros de la familia y las visiones similares que comparten de la vida y el pase de tiempo de convivencia.

Se aprecia que un 61.9%, como el valor significativo en TG en tanto a la opción “Totalmente de acuerdo”, en yuxtaposición con CG que mostró como valor mayoritario al que refiere a la selección “Totalmente en desacuerdo”, con un 33.3%. Este producto denota que en las mujeres CG existe un déficit relacionado al apoyo familiar con el que estas cuentan y la relación que conllevan con sus familiares.

Factor IV

Cisgénero

Transgénero

34-38					34-38						
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	4.8	4.8	4.8	Válido	Totalmente en desacuerdo	3	14.3	14.3	14.3
	2	1	4.8	4.8	9.5		En desacuerdo	1	4.8	4.8	19.0
	3	2	9.5	9.5	19.0		De acuerdo	4	19.0	19.0	38.1
	4	17	81.0	81.0	100.0		Totalmente de acuerdo	13	61.9	61.9	100.0
	Total	21	100.0	100.0			Total	21	100.0	100.0	

Este factor analiza el apoyo social, en especial en lo que respecta la relación con amigos, es decir, muestra si el participante cuenta con personas ajenas al entorno familiar en momentos difíciles, para ayudarlo, que le alienten, se preocupen por acompañarlo y proporcionarle apoyo.

Los valores significativos se tornan en 81% y 61.9%, “totalmente de acuerdo”, que a pesar de encontrarse en las CG por encima de la media, muestra una discrepancia mayor al 20% en tanto a las necesidades de fortalecimiento en esta área.

Facto V

Cisgénero

Transgénero

		39-43						39-43			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	3	14.3	14.3	14.3	Válido	Totalmente en desacuerdo	3	14.3	14.3	14.3
	En desacuerdo	1	4.8	4.8	19.0		En desacuerdo	3	14.3	14.3	28.6
	De acuerdo	5	23.8	23.8	42.9		De acuerdo	5	23.8	23.8	52.4
	Totalmente de acuerdo	12	57.1	57.1	100.0		Totalmente de acuerdo	10	47.6	47.6	100.0
	Total	21	100.0	100.0			Total	21	100.0	100.0	

En referencia a este último factor, muestra la capacidad de las personas para organizarse, planear las actividades y el tiempo que dan a estas, así como sí tienen reglas y actividades sistémicas aun en momentos difíciles.

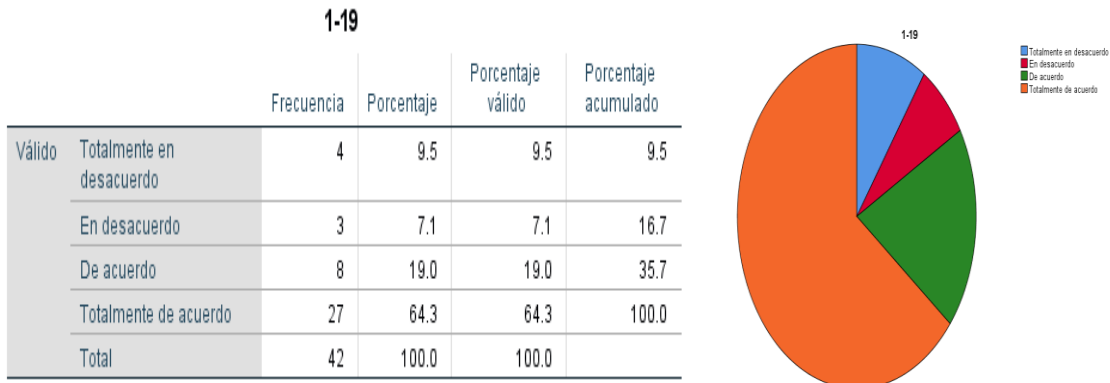
Este factor es denominado de estructura y dados los resultados obtenidos, permite exponer que en tanto a las mujeres TG se haya una cifra significativa de 57.1%, y un 47.6%, en CG, en la opción “totalmente de acuerdo”. Así pues, se denota que al estar estas últimas por debajo de la media, es evidente la necesidad de entrenamiento al respecto, como herramienta para su fortalecimiento.

Resultados generales

Escala de Resiliencia Mexicana (Palomar y Gómez, 2010) (RESI-M)

Factor I

Fortaleza y confianza en sí mismo



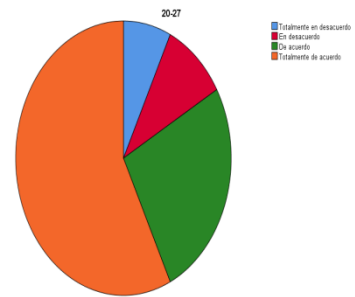
En tanto a los resultados obtenidos de manera general en esta aplicación, puede observarse como cifra significativa la tocante al 64.3%, correspondiente a la opción “totalmente de acuerdo”.

Ello permite ver que la población investigada (trabajadoras sexuales), cuenta con habilidades en tanto a la capacidad para llevar a cabo objetivos propuestos, muestran esfuerzo, visión de meta, fortaleza, optimismo y tenacidad para llegar a la meta.

Factor II Competencia social

20-27

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	3	7.1	7.1	7.1
	En desacuerdo	4	9.5	9.5	16.7
	De acuerdo	11	26.2	26.2	42.9
	Totalmente de acuerdo	24	57.1	57.1	100.0
	Total	42	100.0	100.0	



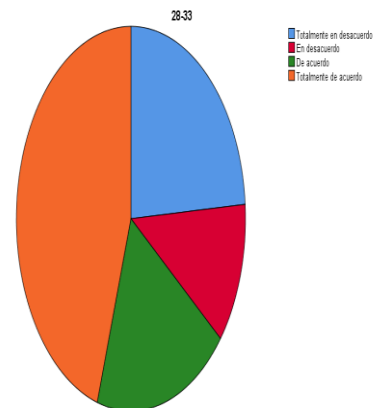
Este factor, como ya se hizo mención, denota las habilidades con las que cuentan para relacionarse con otros, así como su facilidad para hacer nuevos amigos y el disfrute que tienen a través de la interacción social.

La cifra 57.1%, fue la mayor, tocante a “totalmente de acuerdo”, que aunque se encuentra por encima de la media, expone una cifra importante de necesidad en esta población en tanto al reforzamiento de estas capacidades de relación con el contexto social.

Factor III Apoyo familiar

28-33

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	10	23.8	23.8	23.8
	En desacuerdo	5	11.9	11.9	35.7
	De acuerdo	8	19.0	19.0	54.8
	Totalmente de acuerdo	19	45.2	45.2	100.0
	Total	42	100.0	100.0	



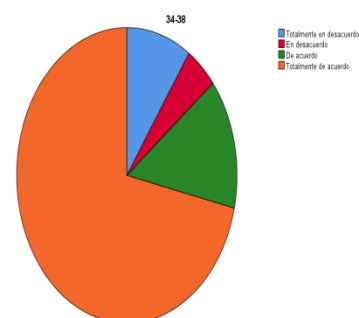
Esta sub-escala permite analizar las relaciones familiares de los analizados, así como el apoyo que le proporciona la familia, la lealtad que percibe el individuo de este núcleo y el goce del tiempo que convive con estos.

La cifra 45.2%, “totalmente de acuerdo”, es la de mayor incidencia, sin embargo al encontrarse por debajo de la media, expone necesidades en tanto al desarrollo de habilidades que les permitan afrontar y avanzar en lo tocante al apoyo con el cual no cuentan del todo por parte de su núcleo familiar.

Factor IV Apoyo social

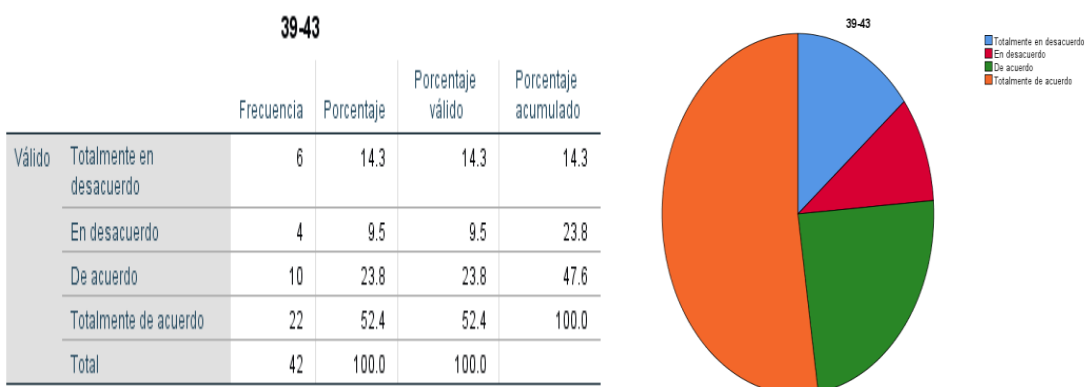
34-38

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	4	9.5	9.5	9.5
	En desacuerdo	2	4.8	4.8	14.3
	De acuerdo	6	14.3	14.3	28.6
	Totalmente de acuerdo	30	71.4	71.4	100.0
	Total	42	100.0	100.0	



En este respecto, se muestra que la opción de mayor valor es de 71.4%, correspondiente a “totalmente de acuerdo”, lo cual refiere la percepción favorable de apoyo social que tienen las evaluadas en tanto al apoyo social que puedan recibir de amigos en las dificultades que vivencian, expresa también el aliento y preocupación que ellas analizan de otros para consigo mismas, además de la compañía externa al núcleo familiar en el cual se apoyan.

Factor V Estructura



Finalmente este factor, muestra un 52.4%, perteneciente a la opción “totalmente de acuerdo”, en este se analizan las capacidades del individuo evaluado en tanto a la organización y planeación de actividades, así como las reglas y actividades sistemáticas que estas siguen a pesar de atravesar momentos adversos y dificultades en su entorno.

Factor	Cisgénero	Transgénero
I (Fc)	57.1%	71.4%
II (SC)	52.4%	61.9%
III (FM)	28.6%	61.9%
IV (ApS)	61.9%	81%
V (EST)	47.6%	57.1%

Es así que resulta oportuno mencionar que aunque en su mayoría los resultados obtenidos son favorables en los factores 1 y 4, referentes a la fortaleza y confianza para consigo mismas y el apoyo social que encuentran en seres ajenos al núcleo

familiar, es necesario demarcar que los factores II y V encontrados por encima de la media, muestran una necesidad de entrenamiento con respecto a las habilidades para lograr socializar con el entorno y sus pares, esto ya que a pesar de contar con cifras por encima de la media, no expresan como tal una mayoría importante, sino que dejan ver que poco menos de la mitad de las evaluadas cuentan con requerimientos en el aspecto estructural, para la consecución del seguimiento de reglas y actividades aun en momentos difíciles, por último el factor III, que fue el único encontrado por debajo de lo esperado, es el que denota la precaria relación familiar con la que cuentan las evaluadas, el déficit de apoyo que se les proporciona y las carencias en cuanto al apoyo de estos.

CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objetivo primordial la elaboración de una propuesta de intervención que tendría como sustento tanto la parte teórica expuesta en capítulos precedentes, como los resultados obtenidos a partir del análisis cualitativo-cuantitativo de la población de trabajadoras sexuales con la que se llevó a cabo.

Por ello y a manera de resumen se expondrán los pasos sistemáticos que se llevaron para la elaboración de esta y lo observado antes, durante y después de concluir con la investigación teórica-práctica.

Primeramente se planteó como interrogante del planteamiento del problema una incógnita que funge como justificante de este trabajo.

¿El fortalecimiento de habilidades resilientes influirá en las conductas sexuales de riesgo en trabajadoras sexuales?

El trabajo de observación aplicado al contexto de la población donde se analizó, tanto el ámbito contextual, aunado a las respuestas resultantes tanto de la entrevista llevada a cabo, como de las necesidades analizadas en las cifras extraídas de la Escala RESI-M, puede decirse, que efectivamente las habilidades resilientes influyen en las conductas sexuales de riesgo, pues a través del trabajo realizado por asociaciones civiles dedicadas al trabajo con dicha población (trabajadoras sexuales), se pudo ver de manera indirecta estos han logrado la habilitación y desarrollo en estas mujeres de habilidades resilientes, mismas que aún deben motivarse y entrenarse con mayor énfasis en las áreas arrojadas en foco rojo.

En este mismo orden, fueron planteadas cinco preguntas de investigación, que se pretendía lograr contestar mediante el resultado de la investigación como tal, a estas interrogantes se les dará respuesta a continuación.

- ¿Existen habilidades resilientes que influyen en las conductas sexuales de riesgo en trabajadoras sexuales?

Teniendo en cuenta lo mencionado por Oblitas (2009), la resiliencia es conceptualizada como aquellos procesos y actos que proporcionan una base para el individuo en las contingencias adversas que rodean su entorno.

De igual modo parafraseando a Rutter (1985 citado en Salgado, 2005), que menciona que la resiliencia es una capacidad en la que la persona logra prevalecer, crecer, ser fuerte y hasta triunfar a pesar de las adversidades, característica que se observa en personas que a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos.

Ante lo anterior expuesto y con base en lo encontrado a través de este análisis, esta población (trabajadoras sexuales) cuenta con habilidades resilientes no del todo desarrolladas en los cinco aspectos correspondientes al estudio, sin embargo es notorio que lo aprendido a través de educación por parte de asociaciones civiles ha podido aterrizar en el ámbito laboral que corresponde al trabajo sexual, no obstante en lo que refiere al ámbito personal, en sus relaciones sentimentales y de pareja, existe cierta discrepancia, por lo que es necesario el entrenamiento apropiado para lograrlo en los campos que rodean a estas mujeres, tanto laboral como personalmente.

Conviene mencionar que en la población se observó que las mujeres cisgénero son quienes requieren de primera mano esta instrucción, dados los déficits observados a través de la sub-escala factor I de la Escala RESI-M y de las interrogantes expuestas en la entrevista en cuanto a la prevención que estas realizan en tanto a las conductas sexuales de riesgo con clientes y pareja.

- ¿Cuáles son las simbolizaciones que presentan y/o manifiestan las trabajadoras sexuales en cuanto a sí mismas y su autocuidado?

En tanto a esta interrogante, en datos recabados a través de la entrevista realizada a estas mujeres, se logró corroborar lo expuesto por Romero y Quintanilla (1977), en cuanto a las características psicológicas presentes en aquellas que se dedican al comercio sexual, pues este autor menciona que a partir de las experiencias tempranas vividas tendrán una simbolización de sí mismas; de igual manera expone que las características psicosocial del contexto y el reforzamiento que a lo largo de su desarrollo tengan y a su vez internalicen.

En efecto es importante exponer que en referencia a lo anterior, puede observarse en los gráficos tocantes al inicio de vida sexual, que en este punto muchas comenzaron a partir de violaciones de tipo sexual proporcionadas por padres y familiares cercanos que a decir de estas (trabajadoras sexuales), les genero sentimientos de minusvalía, aunado a la crítica y falta de apoyo obtenido por la familia directa existente en esa etapa de vida.

- ¿Cuáles son las líneas de intervención grupal apropiadas para capacitar y habilitar aspectos resilientes en trabajadoras sexuales?

Sobre la base de las consideraciones y necesidades de la investigación en sí, la línea de intervención apropiada para el entrenamiento en habilidades resilientes en trabajadoras sexuales es bajo el modelo Cognitivo-Conductual, dado que como menciona Ruiz, Díaz y Villalobos(2012), utiliza métodos de tipo clínico que cuentan con una base teórica de aprendizaje, es decir que en el caso de las conductas sexuales de riesgo vistas como conductas desadaptadas, aplica acciones modeladoras que se basan en las experiencias y conocimientos con los que cuenta el individuo para moldear una nueva conducta mediante procesos cognoscitivos y condicionantes.

- ¿Influyen las creencias socioculturales sobre la protección en las conductas sexuales al ejercer el trabajo sexual?

Las creencias socioculturales influyen de forma impactante en la protección que puedan tener estas mujeres en su desempeño laboral (trabajo sexual), pues como menciono la mayoría (92.9%), hacen siempre uso del preservativo en su ejercicio sexual con clientes, ello puede explicarse a través de la educación sexual y de los riesgos que estas conocen pueden acarrear a través de no auto-cuidarse.

No obstante y aunque no fue parte como tal de las interrogantes de la investigación, se encontró que tan solo el 50% de estas mujeres llevan un cuidado en sus conductas sexuales en contextos de pareja, por lo que habría que elaborar un plan de entrenamiento que transpale aquello que ellas ya instauraron en sus creencias para la práctica laboral, solo que ahora se aterrizará en el contexto general en referencia a las conductas sexuales.

El anterior punto se expone dado que en entrevista logró recabarse información pertinente y certera en tanto a un porcentaje mínimo pero significativo de 4.76%, que dijo haber sido contagiada de alguna ITS y/o VIH, con su pareja sentimental. Por tanto es necesario el modificar las creencias que muchas de estas manifestaron en tanto a que a pesar de que en la labor sexual conocen los riesgos por el tipo de trabajo que ejercen, no así en sus relaciones sentimentales, donde aseguran es diferente pues son parejas estables y creen no correr peligro, excusa que en la mayoría de los casos identificados con negativa al uso de protección, argumentan. De igual modo es necesario exponer que en tanto a lo expuesto por Uribe et, al (1995), se encontró que tal como dijeron en su investigación, las trabajadoras sexuales expresan que son los clientes quienes manejan cierta negativa ante la protección sexual, sin embargo estas expresaron ser dueñas de sus trabajos y sus cuerpos, por lo que al no consentir con los clientes en tanto al uso del preservativo, prefieren perder al cliente, que poner en juego su salud y sus vidas.

Bajo esta tesitura, las ideas de Horer (1988), se pueden ver amalgamadas a los resultados encontrados, dado que según este autor, la percepción y modo de

visualizar a los otros; son modelos dados por constructos sociales e ideologías que persuaden y perpetúan de manera automática en las ideas que se puedan tener referentes de algún concepto, reforzando estereotipos que se arraigan para conducirse y tomar de una u otra forma de acción.

Por otra parte, en tanto al objetivo general que se centró en el diseño de una propuesta de intervención a partir de los resultados que se obtuvieron de la aplicación de la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M), se construye un taller para el fortalecimiento las habilidades resilientes en un grupo de trabajadoras sexuales, por tanto se concluye a partir de lo encontrado que es necesario llevar a cabo dicha intervención, dado que fueron hallados déficits en distintas áreas entorno a la resiliencia de estas mujeres.

A pesar de que dentro de los objetivos no estaba contemplado, se encontró que dentro de la población de mujeres dedicadas al trabajo sexual, existe una división en cuanto a la preferencia sexual entre cisgénero y transgénero, encontrando que en la población de transgénero existe una mayor prevalencia de habilidades resilientes, así como consciencia de cuidado en tanto a las conductas sexuales de riesgo en comparación al otro grupo. Esto nos da a entender que de acuerdo a Uribe et, al (1995), son las trabajadoras sexuales cisgénero quienes cuentan con precarias posibilidades de negociación con el cliente

De igual manera, se obtuvo un dato marcado entre las respuestas, que a pesar de no ser parte de los objetivos de búsqueda, es pertinente pues se encontró que la población tanto cisgénero, como transgénero muestran déficit de cuidado ante sus conductas sexuales en pareja. Esto representa un foco rojo, pues en entrevista resultaron dos trabajadoras sexuales infectadas con VIH, que actualmente llevan tratamiento controlado y son indetectables, pero que expresaron conocer la proveniencia de la enfermedad y en los dos casos fueron sus parejas sentimentales quienes provocaron el contagio.

En este punto, en entrevista se hizo énfasis en la indagación al respecto de la opción elegida que en la mayoría argumentaron no protegerse con sus parejas

sentimentales porque era estable la relación, por qué lo amaban y por qué eso es lo que sus parejas esperan como entrega de amor, esto puede amalgamarse a las ideas de Lamas (2007), quien expone que influye en la trabajadora sexual las simbolizaciones con las que cuentan acerca de si mismas, de sus constructos tanto de mujer como de pareja y de género.

Por otra parte, prosiguiendo con los hallazgos durante el análisis cualitativo, se obtuvieron datos relevantes en tanto a las situaciones que llevaron a la población a la práctica del trabajo sexual. Hallándose que la mayoría contestó de manera afirmativa haber iniciado por necesidad económica, lo cual concuerda con lo expuesto por Lamas (2017), que hace mención de que estas mujeres toman como opción laboral el comercio sexual dadas las condiciones económicas por las que atraviesan puesto que encuentran ingresos superiores a los que pudiesen encontrar en otros campos laborales lo cual les genera comodidad.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

En el presente apartado se establece el diseño de intervención que se propone para influenciar el desarrollo de habilidades resilientes en las conductas sexuales de riesgo en trabajadoras sexuales con el propósito de que estas mujeres puedan instaurar conductas de autocuidado en las conductas sexuales para con sus parejas sentimentales y clientes.

Descripción del taller.

Se trata de un taller de 10 sesiones, con una duración de dos horas cada una.

Es un modelo de intervención con intenciones formativas, basado en sesiones programadas para el total de 20 horas, divididas en 10 sesiones que se impartirán en cinco semanas, teniendo dos encuentros semanales; preponderando los procesos individuales, pero sobre todo en resguardo de la intimidad y favorecimiento de conductas, así como pensamientos encaminados a reducir las conductas sexuales de riesgo para su pronta y mejor prevención. Es por ello que se sugiere que, para el máximo aprovechamiento de la intervención, se mantenga en el rango de 15 a 20 participantes.

El programa se denomina “Taller de Resiliencia”, este tendrá establecidos los siguientes criterios de inclusión:

- Se conformará de una población conformada por mujeres que hayan tenido resultados que evidencian necesidades en cuanto al trabajo con conductas sexuales de riesgo y déficit en las habilidades resilientes.
- El instructor deberá tener formación de psicólogo, tendrá la función de describir las características fundamentales de la instauración de conductas sexuales de riesgo, así como los estragos que repercuten a diferentes niveles del sujeto.

Antes de la instauración de conductas, se localizan los factores que mantienen estas conductas, con el propósito de identificar anticipadamente conductas y pensamientos relacionados con la pareja y los clientes, la salud sexual y su relación con las conductas de riesgo que practican.

Objetivo general del taller.

Se pretende promover la prevención de conductas sexuales de riesgo a través de habilidades resilientes que resulten en conductas sexuales conscientes de los riesgos que conlleva la negativa a la protección.

Lo anterior como se mencionó, en un grupo de 15 a 20 mujeres trabajadoras sexuales, mediante la conjunción y presentación de información específica contenida en exposiciones en power point y otro tipo de apoyos visuales (películas y documentales).

Se dividirá en diez sesiones programadas de dos horas cada una, las cuales contendrán en su diseño dinámicas grupales, actividades educativas, relatos escritos, proyección de contenido informativo con réplica oral y demás estrategias en las que las cuales las participantes logren procesar y aplicar la información presentada.

Las estrategias relatadas tienen como finalidad aumentar el conocimiento de las integrantes del taller sobre la instauración y desarrollo de habilidades resilientes en las conductas sexuales de riesgo, para su pronta identificación, de esta manera se pretende evitar el riesgo de contagios

Objetivo específico del taller:

Se pretende que las participantes integren los conocimientos sobre los aspectos esenciales que inciden en las conductas sexuales de riesgo, además que logren diferenciar y determinar conductas y pensamientos asociadas a estas. Del mismo modo se pretende habilitar el desarrollo de habilidades resilientes en la población (trabajadoras sexuales), para que de esta manera cuenten con las herramientas necesarias para afrontar las diversas situaciones en torno a tales conductas y demás aspectos de su vida diaria.

Metodología.

La presente investigación representa un modelo experimental para atender la prevención de conductas sexuales de riesgo en trabajadoras sexuales de la CDMX, mediante el desarrollo de habilidades resilientes. Tiene carácter documental con enfoque cualitativo-cuantitativo y de profundidad descriptiva, debido a que el modelo experimental propuesto sobrepasa los recursos situacionales y de tiempo para quien dirige esta tesis. No obstante, plantea su viabilidad, y establece la descripción detallada y científica de la intervención propuesta que se materializa en un taller.

Las sesiones propuestas dentro de la estructura del taller, van a intervenir sobre los factores enunciados en la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M), en las 5 sub-escalas (fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura), así como en las conductas sexuales de riesgo analizadas en las entrevistas previas.

Diseño de investigación.

Se realiza investigación documental descriptiva de enfoque cualitativo/cuantitativo, con mayor énfasis en la parte cualitativa, puesto que el fenómeno en cuestión se inserta más en el contexto social; no obstante en la parte cuantitativa, se realiza una correlación explicativa como alcance de estudio por lo que se llevará a cabo un diseño fenomenológico y de naturaleza cuasi-experimental.

La evidencia de este trabajo es el desarrollo de la propuesta de un taller que ofrece herramientas preventivas en trabajadoras sexuales, ante los factores de riesgo en las conductas sexuales, mismas que se han identificado en la literatura con respecto a tal tema.

Supuesto de partida.

Los factores de riesgo pueden disminuir su efecto en la prevalencia de las conductas sexuales en las trabajadoras sexuales sobre las características de edad descritas para la presente investigación, siempre y cuando el mismo se encuentre sustentado

en las estrategias desde las que se han trabajado otros autores, bajo otras condiciones sociales y recursos materiales, profesionales y económicos.

Método de Investigación.

Documental, reflexiva y propositiva con la generación de un producto de intervención profesional.

Población objetivo.

Se trata de una muestra “No Probabilística”, determinada por el muestreo consecutivo, bajo los criterios de inclusión y exclusión de acuerdo con el rango de edad establecida que va de los 18 a los 69 años de edad y como criterio de inclusión se establece que se encuentren inmersas en el trabajo sexual.

La población objetivo no es una muestra representativa del universo y funciona principalmente como parámetro del diseño de las acciones de intervención que serán presentadas a lo largo de la propuesta de intervención preventiva.

Variables.

Independiente:

Programa de Intervención destinado a influenciar la prevención de conductas sexuales de riesgo, utilizando como línea base la Escala de Resiliencia Mexicana (RESIM) validado para población mexicana.

Dependiente:

Conductas sexuales de riesgo y habilidades resilientes, mismas que se analizan tanto en el cuestionario previo a la aplicación de la escala y con los resultados arrojados por la escala RESIM

Interviniente:

Se contempla la posibilidad del efecto de las habilidades resilientes en las conductas sexuales de riesgo, donde las participantes del taller, por el simple hecho de estar atentas a estos factores, perciban diferencias que afecten la evaluación. Es por ello que este elemento deberá aislarse correctamente o analizar que tanto genera una influencia.

Características del modelo.

Aunque los alcances no determinan propiamente un modelo de intervención, a continuación, serán descritos los elementos esenciales del mismo.

Por su función: El propósito del modelo atiende a la prevención.

Por su postura pedagógica: Directiva.

Por su nivel educativo: Formativo.

Por su foco de atención: Centrado en los factores de riesgo identificados para desarrollar habilidades resilientes.

Instrumento.

El instrumento que se utilizará es Escala de Resiliencia Mexicana (por sus siglas RESI-M), cuyos autores son: Palomar y Gómez (2010), cabe resaltar que cuenta con características para evaluar las habilidades resilientes a partir de cinco factores, por lo que se conforma por la misma cantidad de subescalas denominadas, fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura.

Consta de un cuestionario tipo Likert que consiste en 43 ítems, que se contestan en una escala de frecuencia de 4 puntos que va de 1 a 4 desde, totalmente en desacuerdo, hasta totalmente de acuerdo.

La mencionada escala se basa en una constitución sobre 5 factores (fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura), mismos que son trascendentales dado que labran el camino específico hacia la instauración de habilidades resilientes. Con el estudio pertinente acerca de los elementos que permitan identificar oportunamente rasgos de conductas sexuales de riesgo en trabajadoras sexuales. Se logra ubicar este instrumento elaborado en territorio mexicano, validado para la población, por lo cual se ocupa en la actual tesis. Se elige la escala ya mencionada por contar en su estructura y aplicación pertinentes para lo buscado en la investigación, además de sus parámetros específicos para rastrear la presencia de habilidades resilientes, así como estar validado para la población de nuestro país, mismo que puede ser consultado en los anexos de esta investigación.

Para la evaluación de la situación clínica específica de los participantes se consideraron otros instrumentos que a continuación se nombran:

Procedimiento.

Investigación profunda documental.

Se desarrolló un análisis teórico documental de las condiciones actuales desde la perspectiva psicológica de la resiliencia, así como del trabajo sexual y las conductas sexuales de riesgo; centrado en la realidad latinoamericana en general (idiosincrasia) y de la mexicana en particular, para entender cómo la misma influye en el desarrollo de las mujeres evaluadas.

Bajo esta perspectiva se desplegó una propuesta que generó un modelo de intervención primaria, detallado en sesiones, centrado en resultados, dirigido a la formación de las trabajadoras sexuales en los indicadores principales de:

1. Fortaleza y confianza en sí mismo
2. Competencia social
3. Apoyo familiar

4. Apoyo social
5. Estructura.

Se realizó una investigación centrada en el desarrollo de habilidades resilientes, así como su influencia en las conductas sexuales de riesgo en la población dedicada al trabajo sexual en la CDMX; del mismo modo, se analizaron las características que comprenden tales conductas. De igual modo, se estudió la ponderación que ocupa la sociedad sobre el desarrollo de los factores de riesgo, predisponentes y precipitantes. El trabajo se estructuró recopilando datos de manera documental, consultando libros especializados, artículos de revistas científicas, se revisaron documentales específicos relacionados con las conductas sexuales de riesgo y las habilidades resilientes; todo con el objetivo de obtener antecedentes y profundizar acerca de las teorías respecto al tema, generando aportaciones que trabajen como complemento a las investigaciones precedidas, refutando o derivando en un caso particular, líneas nuevas de investigación acerca del presente tópico en México.

Fue necesario hacer una lectura ordenada siguiendo el capitulo, ensamblando el análisis de la información recopilada para responder a las interrogantes y objetivos planteados, reflejando siempre la postura sobre la importancia de la prevención.

Esto último bajo la decisión de análisis sobre la relación de los factores de riesgo y cada uno de los indicadores de la variable dependiente.

A través de la revisión literaria se logró identificar las condiciones con mayor distinción que perfilan el progreso de las conductas sexuales de riesgo. Como se puede observar dentro del capítulo 1 al 5, la **Escala de resiliencia mexicana** (RESIM), misma que como se reitera, cuenta con las características apropiadas para indicar las habilidades resilientes con que cuentan las participantes, así como los factores propensos a desarrollar. En este apartado se describe la estructura de la evaluación de resiliencia por los diferentes instrumentos propios para tal análisis, el trabajo sexual, las conductas sexuales de riesgo y la intervención, dentro de la que se observan las técnicas utilizadas en el taller basadas en la terapia Cognitivo conductual de grupos, las cuales serán adaptadas para el propósito de incidir

directamente en la reducción de las puntuaciones de los ítems descritos por el RESIM y en los casos de los reactivos que se califican inversamente aumentar las puntuaciones. Es importante señalar que la secuencia de cómo llevar a cabo dichas dinámicas y actividades están detalladas en la carta descriptiva que se podrá revisar en los anexos de la presente investigación.

Para la decisión de la manera de trabajar en el taller, se realizó una revisión de las técnicas y actividades descritas y clasificadas por Nezu, M. A., Nezu, M. C & Lombardo. E., en *Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivos conductuales. Un enfoque basado en problemas* (2006), así como Phares. E. J (1999) en *“Psicología clínica: Conceptos, métodos y práctica. México: Manual Moderno.”*. Así mismo se retoman ideas de Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), quienes hablan de la metodología a llevar en grupos de intervención en su libro *Manual de Técnica de intervención Cognitivo-Conductual*. Bilbao: Desclée y finalmente se extraerá el procedimiento que indica Lucke, Rodríguez y Thomas, en su documentación expuesta en *Seis enfoques psicoterapéuticos. México: Manual Moderno*, esto con el objetivo de tomar sus análisis como línea base para la construcción de las actividades a desarrollar en el taller, se toman las que en su composición se acoplen de mejor manera al propósito de la presente propuesta de intervención.

Sesión 1 y 2.

Se inicia el proceso de intervención con una táctica de integración grupal, donde el terapeuta no solo se presenta, sino que provoca el reconocimiento y presentación entre los miembros, según expone Lucke, Rodríguez y Thomas (2000), elaborando una presentación dinámica del tema a tratar durante el transcurso del taller, con el objetivo de llamar la atención de las participantes.

De manera inicial, se busca incidir directamente sobre la sub-escala “Fortaleza y confianza en sí mismo” con técnicas de intervención bajo el enfoque cognitivo conductual.

En esta sesión se utiliza la técnica “relacional”, mencionada por Nezu, Nezu y Lombardo (2006), así como la técnica de modelado de Ruiz, Díaz y Villalobos (2012)

Modelos de presentación.

Se pretende comenzar la integración grupal, llevando a cabo la presentación pertinente tanto del terapeuta, como del grupo con el fin de generar reconocimiento entre las participantes, seguido esto de la explicación pertinente acerca del objetivo del taller.

Lo anterior tomando como base lo expuesto por Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), quienes hablan de los puntos primordiales en la intervención cognitivo conductual en tanto a la atención necesaria por parte del participante, para que posteriormente pueda registrarse la retención de la información y por ende su efectiva reproducción, por ello se exponen los datos informativos en tanto a la conducta que se pretende modelar.

En cuanto al factor a modelar, se aborda desde técnicas de reestructuración cognitiva, puesto que la necesidad primordial es la “*modificación de creencias, cogniciones y actitudes*” presentes en la observación para consigo mismas y la manera en la que la educación y constructos socioculturales les obstaculiza. (Ruiz, Díaz y Villalobos. 2012)

Esto se trabaja a partir de una presentación individual de cada integrante, donde el terapeuta de manera previa muestra a manera de ejemplificación cómo pueden las participantes presentarse, indicando quien es, que le gusta y que no, cuáles son sus metas a corto plazo, sus mayores motivos de orgullo en tanto a sí misma y finalmente los logros significativos en su vida, así como las actitudes que toma ante las adversidades. A partir de la esta explicación, quien coordina el taller indica a cada una el turno para llevar a cabo la acción.

Por tanto la primer sesión, se dedica de forma íntegra al conocimiento grupal e individual del grupo por lo que es el único punto a tratar, sin embargo en la segunda sesión se aborda desde el inicio la temática tocante al taller, misma que hace de forma llamativa para que las participantes como ya se mencionó retengan su

atención, por lo cual se retoman las ideas de Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), exponiendo así la información a través de presentación en power point.

De igual manera es necesario hacer hincapié en que el factor a modelar “Fortaleza y confianza en sí mismo”, se aborda con técnicas de reestructuración cognitiva, dado que la necesidad primordial es la “...*modificación de creencias, cogniciones y actitudes...*”, a las participantes se les hará mención acerca de la manera en que la educación y construcción sociocultural las obstaculiza. (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006, p. 288)

De igual manera se trabaja con la técnica relacional de Nezu, Nezu y Lombardo (2006), para finalizar con la primer sub-escala del RESI-M, por lo que se les proporciona de manera individual una hoja, lápiz y goma, así como marcadores, con los que pueda elaborar una figura o dibujo donde se refleje a sí misma, al término de plasmar esto, debe escribir aspectos que la hagan sentirse insatisfecha consigo misma, las razones por las que cree que no ha logrado sus objetivos. Posteriormente se lee esto de manera personal y se relaciona con eventos de vida que le hayan hecho sentir ese tipo de emociones. Todo lo anterior según estos autores, con el fin de realizar una transformación de estímulos aversivos, a partir de construir contextos alternos, para buscar un comportamiento con mayor consciencia. Se habla de metáforas o paradojas que se adapten a las exposiciones del grupo y de las maneras en las que se puede lograr un cambio, así pues, se “...*afloja el nudo de pensamiento y de sí mismos...*”, con lo que se aumenta la probabilidad de un cambio conductual orientado. (Nezu, Nezu & Lombardo. 2006, p.283)

Sesión 3 y 4. Competencia social

Este dúo en sesiones se caracterizará por enfocarse en las siguiente sub-escala del RESI-M “Competencia Social”, misma en la que proseguimos con Nezu, Nezu y Lombardo (2006), quienes siguieren el entrenamiento de habilidades sociales y asertivas con el objetivo de reeducar a las participantes para que logren las habilidades requeridas para la interacción con los demás.

Por lo anterior expuesto, se lleva a cabo una dinámica en la cual las participantes expondrán un roll playing acerca de los comportamientos que llevan en su desenvolvimiento social, seguido esto de ensayos sobre nuevos comportamientos asertivos ante estas mismas situaciones. (Nezu, Nezu y Lombardo. 2006)

Según dichos autores, se lleva a cabo un entrenamiento por parte del psicoterapeuta en el que se les enseña sobre la discriminación de estímulos y se finaliza con la debida retroalimentación al respecto.

En esta tesitura, se trabaja la reestructura racional expuesta por Phares (1999), es decir que aquellas conductas desadaptativas halladas, así como su forma de observar el mundo y de interpretarlo ser reeducan mediante la interpretación objetiva y realista de situaciones intervinientes

En ese sentido, se invita a las participantes a hablar acerca de sus percepciones del mundo, de las personas y el cómo su comportamiento difiere de una u otra manera ante diferentes circunstancias.

Cabe mencionar que en este punto aparte de trabajar con el contexto social, se toca de manera sistemática, la percepción que toman y la diferencia conductual que llevan a cabo ante clientes y parejas. A partir de los constructos socioculturales que cada una tiene. Además se les da instrucción acerca del manejo eficaz de contingencias y en técnicas de resolución de problemas para fortalecer conductas deseadas y reducir las desadaptativas.

Sesión 5 y 6

En este punto del taller se abordan la sub-escalas “apoyo familiar y social”, dados los resultados obtenidos en la aplicación del RESI-M y en la entrevista aplicada de manera previa. Por lo que se trabaja con técnicas de resolución de problemas desde la perspectiva de Nezu, Nezu y Lombardo (2006), que siguieren un entrenamiento al respeto, en el cual el individuo aprende a afrontar las situaciones de su entorno.

Es así que de primera instancia se identifican las problemáticas existentes en el contexto familiar y posteriormente el contexto social, esto en lo que respecta al apoyo que las participantes perciben de estos; seguido de un análisis conjunto de

los estilos de resolución que adoptan, a partir del uso de la palabra que les proporciona el psicoterapeuta.

De igual modo se aborda al grupo bajo las indicaciones de Phares (1999), con modelado encubierto empleando para esto, las problemáticas expuestas que impliquen falta de asertividad. Aquí el terapeuta indica los pasos para la técnica de relajación corporal, induciendo a la imaginación por el rumbo de la conducta que les gustaría tener en situaciones venideras haciéndolo asertivamente.

Posteriormente se invita a la elaboración de una lluvia de ideas acerca de cuáles podrían ser las alternativas al respecto, con el objetivo de que las participantes internalicen un nuevo esquema de abordaje y afrontamiento en los diversos problemas analizados en cuanto a familia y sociedad.

Se culmina con la pertinente y cerera retroalimentación y sugerencias por parte del terapeuta, donde se les indica el llevar al plano real las conductas practicadas.

Sesión 7 y 8

De manera conclusiva en lo referente a las sub-escalas, se finaliza con el factor V “Estructura”, es así que con base en la misma escala, se aplicará una reestructuración cognitiva mediante lo expuesto por Nezu, Nezu y Lombardo (2006), que siguiere una reeducación de pensamientos automáticos negativos, partiendo de la exposición por parte de las participantes de sus pensamientos, ideas y actitudes en torno al tema.

Esta última escala se enfoca en las reglas y rutina de vida, así como el mantenimiento de estas en situaciones adversas, las metas y la motivación que tienen ante tales hechos y la organización del tiempo que manejan en sus vidas.

Por lo tanto se abordan estos aspectos mediante un examen lógico de los pensamientos negativos circundantes, así mismo se analizan las ventajas y desventajas de estos para concretar y comprender si deben o no ser modificados.

Finalmente se elabora un breve estudio sobre los errores cognitivos en tanto a dichos pensamientos y se habla de las recompensa que pueden obtenerse al realizar un cambio conductual. Estas sesiones serán cerradas con un roll-playing trabajando la temática vista.

Sesión 9

Con el fin de abordar las conductas sexuales de riesgo, se retomarán los conceptos expuestos en esta investigación en cuanto al tema, por lo cual se hablará de la simbolización de cada una para consigo misma y las creencias sociales envueltas en esas percepciones.

Por lo anterior expuesto, se abordará con técnicas relacionales y de modelado, empleadas para los problemas que implican falta de asertividad, según menciona Phares (1999), seguido del modelado propuesto por Nezu, Nezu y Lombardo (2006).

De manera inicial se identificarán las estrategias puestas en práctica sin éxito con anterioridad, se analizarán cuidadosamente ya que lo importante es el control del problema más no la solución, se proseguirá con el desarrollo de la aceptación, del aquí y el ahora (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006, p.293).

Posteriormente se abordará con técnicas de procesamiento cognitivo propuestas por Nezu, Nezu y Lombardo (2006), por lo que se trabajarán los patrones erróneos de pensamiento, en cuanto a las conductas sexuales de riesgo, así mismo se hablará de las razones por las que se llevan a cabo, enfatizando en los errores de pensamiento que se expongan al respecto.

Al concluir se indicará a las participantes para que en casa escriban con detalle sucesos al respecto, identificando los pensamientos circundantes y los sentimientos que rodean tales conductas, esto con el fin de que ellas encuentren sus propios “puntos de atasco”. (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006, p. 293)

Sesión 10

Antes de dar por finiquitado el taller, se hablará de lo trabajado en casa, con el fin de aterrizar los puntos y errores que hayan encontrado. Posteriormente como parte del cierre, se explicará a las participantes lo observado en el transcurso de la intervención, así como los procesos cognitivos analizados y se dará pie para el

feedback por parte del psicoterapeuta, enfatizando en los cambios que se vieron desde el inicio hasta el momento de concluir.

De esta forma se les motivará a que continúen con la misma persistencia con la cual hayan trabajado en cuanto a la modificación conductual tanto en los aspectos resilientes, como en las conductas sexuales de riesgo.

Además como dinámica final, se les indicará y guiará hacia una relajación profunda, necesaria para que lleguen a la imaginación de las conductas sexuales de riesgo que habían llevado y las percepciones y emociones circundantes, las razones que las inducían a hacerlo, seguido eso del afrontamiento de tales estímulos encaminando a las participantes hacia el autocuidado y autoeficacia. (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006. P.287).

REFERENCIAS

Agbo, G. (2015). La homosexualidad: Dimensiones de las ciencias ocultas, la salud y la psicología.

Alfonso, L. F. & Figueroa, L. P. (marzo-abril, 2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. Rev. Ciencias Médicas, Vol. 21, No. 2. Pinar del río, Cuba. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200020

Almazán, D. (2014). *El grabado japonés uriyo-e del periodo Edo. (1615-1868) en la Colección de Arte Oriental de Federico Torralba del Museo de Zaragoza: el género bigin-ga*. Revista del Departamento de Historia del Arte de la Universidad de Zaragoza. 29(14), 493-511. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5130709>

Andueza, M. (1985). *Dinámicas de grupo en educación*. México: Trillas.

Anguera, B., Civera, C., Casa, G., Marín, J., Mülbelger, A., Pastor, J., Pedraja, M., Pérez-Garrido, A., Romero, A., Ruiz, G., Sáit, D., Sánchez, N. (2009). *Historia de la psicología*. Barcelona, España: UOC

Antúnez, C. (1992). *Manual de técnicas de dinámica de grupos de sensibilidad y lúdica pedagógicas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Lumen.

Bahamón, M., Viancha, M., & Tobos, A. (mayo, 2014). *Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género*. Revista: *Psicología desde el Caribe*. 31(2). 327-353 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/213/21331836009/pdf>

Becerra, N. F (2002). *La prostitución y su representación en la ciudad de México*. Barcelona: Editorial Gedisa

Betancur, C., & Marín, A. (2011). *Cuerpo, comercio sexual, amor e identidad. Significados contruidos por mujeres que practicaron la prostitución*. Revista CES psicología. 4(1), 22-51. Recuperado de: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1344/878>

Bueno, B. A. (2010). *Infancia y juventud en riesgo social: programas de intervención, fundamentación y experiencias*. España: Edit. Universidad Alicience.

Brigada callejera de apoyo a la mujer "Elisa Martínez", A.C, (2012). *Por el derecho a decidir: Reflexiones básicas sobre trata de personas para la movilización comunitaria de las trabajadoras sexuales contra todo tipo de explotación*. México: Brigada callejera de apoyo a la mujer "Elisa Martínez", A.C

Cáceres, J (2012). *Capacidad y factores asociados a la resiliencia en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres del Distrito de Ciudad Nueva (Titulo de tesis)*.

Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Recupera de:
<http://www.tesis.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/428/TG0280.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Calvo, V. D (2007). *Modelos Teóricos y representaciones de conocimiento*. (Tesis doctoral). Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/7367/1/T29144.pdf>

Carballeda, A. J (2004). *La intervención en lo social*. Buenos Aires: Paidós

Castañeda. M (2004). *La experiencia homosexual. Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera*. México: Paidós

Caudillo. H. C. (2006). *Sexualidad y vida humana*.

Centro nacional para la prevención y el control del VIH y el SIDA (CENCIDA) (2017)
(p.2) Recuperado de:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/275582/Boletin_D_aMundial2017.pdf

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2017). *Derechos humanos de las y los trabajadores sexuales que viven con VIH*. México: CNDH. Recuperado de: www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/29-DH-trabajosexuales-VIH.pdf

Compas, B. E., & Gotlib, H. I. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGraw-Hill.

Congreso Mexicano de Psicología Social (2006). *La psicología social para el rescate de nuestras raíces*. México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=KxKTIX1s6SAC>

Delgado, E. (17 de enero de 2017). *La Geografía del VIH/Sida en México, 2016*. Excélsior. Recuperado de: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/01/17/1140409>

Díaz, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Editorial Pax. Recuperado el 14/02/2018 de: <https://books.google.com.mx/books?id=hDtB0l7FsxkC>

Di Filippo, E. B & Monroy, P. X. (2002). *La infancia y juventud explotada sexualmente en Colombia*. Bogotá. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, Recuperado de <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/derecho/dere4/Tesis-09.pdf>

Durand, H. D & Barlow, M. V. (2010). *Psicopatología: Un enfoque integral de la psicología anormal*. España: Ediciones Paraninfo.

Durkheim, E. (2001). *Las reglas del método sociológico*. México: Fondo de Cultura Económica.

Espada, S. J., Quiles, S. M & Méndez, C.F (mayo, 2003). *Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia*. Papeles del psicólogo, 24 (85), 29-36. Recuperado de [http:// www.redalyc.org/pdf/778/77808504.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/778/77808504.pdf)

Feixas, G & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.

Fernández, A. H., & Opazo, R. (2004). *La integración en Psicoterapia*. Barcelona. España: Paidós.

Fletcher D. & Sarkar M. (2013). *A Review of Psychological Resilience*. *European Psychologist*. 18 (1). 12-23. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/263651506_Psychological_resilience_A_review_and_critique_of_definitions_concepts_and_theory

Forés, M. A & Grané, O.J. (2012). *La resiliencia en entornos socioeducativos sentido, propuestas y experiencias*. Madrid, España: Ediciones Narcea

Fraga, G (2015). *Resiliencia: Un concepto que abre cuestionamientos sobre su construcción y desarrollo* (Tesis doctoral). Uruguay: Universidad de la república. Recuperado de

https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_gimena_fraga_tut.rz_.rev.evelina_kahan.30.10.15.pdf

García-Vesga, M & Domínguez-de la Ossa, E (enero, 2013). *Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales. Niñez y Juventud, 11(1). 63-77. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/773/77325885001.pdf>

Gil, H. G. (2010). *Los procesos holísticos de resiliencia en el desarrollo de identidades autorreferenciadas en lesbianas, gays y bisexuales*. Gran canaria: Universidad de las palmas (Tesis doctoral). Recuperado de https://acceda.ulpgc.es:8443/bitstream/10553/4498/7/Tesis_Resiliencia_LGB_Parte_I.pdf

Gismera, E. (1996). *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Madrid, España: Graf Ortega.

GómezJara, F (1988). *“Sociología de la prostitución”*. México: Fontamara.

GómezJara, F y Barrera, E (1992). *Sociología de la prostitución*. México: Fontamara.

Gómez, R. (S/F). *Psicoterapia de grupo, principios básicos y aplicaciones*. Londres. Recuperado

de http://www.centrelondres94.com/files/PSICOTERAPIA_DE_GRUPO_PR_INCIPIOS_BASICOS_Y_APLICACIONES.pdf

González, J. & Monroy de Velasco, A. (2004). *Dinámica de grupos*. México: Editorial Pax

González, M., Ravetllat, C., & Pérez, C. (2001). *Dinámica de Grupo*. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Santiago: Facultad de Ciencias Básicas. Departamento de Matemática. Recuperado el 24/02/2018 de: <http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/GruposT%C3%A9cnicasDin%C3%A1micasClima.pdf>

González, H. (19/03/2017). *Martha Lamas analiza lo complejo del comercio sexual*. México: Milenio. Recuperado de http://www.milenio.com/cultura/dominical/el_fulgor_de_la_noche-marta_lamas-trabajadora_sexual-prostitucion-ciudad_de_mexico_0_920308138.html

González, N. J (1999). *Psicoterapia de grupos: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. México: El Manual Moderno.

González, N. A & Kupferman, S. E (2004). *Dinámicas de grupos*. México: Pax

González, T. Y. (1989). *La prostitución en las sociedades antiguas*. México: INAH.
Recuperado de [HYPERLINK "http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/P3VKUU"](http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/P3VKUU)

67UDDQIAN33V4VHE8BXR2IEY.pdf"http://www.aleph.org.mx/jspui/bitstream/56789/31566/1/24-080-1989-0398.pdf

Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit, The International Resilience Project., Bernard Van Leer Foundation.* La Haya, Holanda. Recuperado de: <https://bibalex.org/baifa/Attachment/Documents/115519.pdf>

Grotberg, E. (1999). *The International Resilience Project, en R. Roth (ed.), Psychologists Facing the Challenge of a Global Culture with Human Rights and Mental Health*

Halgin, R., & Krauss, S. (2009). *Psicología de la anormalidad.* México: McGrawHill.

Hernández, G. M & Hernández, R. E (1999). *Conducta sexual y actitudes hacia la sexualidad y el VIH-SIDA en estudiantes de nivel medio básico.* (Tesis). Recuperado de Tesis UNAM Digital (132.248.9.195/pdf1999/276300/index.html)

Hernández, S. M & Morales, S. J (enero, 2011). *Trabajo sexual: un derecho por reconocer.* Revista de Derechos Humanos, 9 (01).

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación.* México: McGraw-Hill

Herrera C. & Campero L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/ SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública México*. 554-564. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2002/sal026h.pdf>

Hirsch, P. (2012). *Arte y oficio del psicoterapeuta*. Buenos Aires, Argentina: Psicolibro.

Horer. S (1988). *La sexualidad de las mujeres. (Sexo tal y como es vivido desde la condición de la mujer)*. México: Editorial Gedisa

Ibáñez, G., Botella, M., Samueel-Lajeunesse, J., Martínez, L., Pallí, C., Pujal, M. & Tirado, F. (2004). *Introducción a la psicología social*. Barcelona: Editorial UOC.

Jacobo, M. (12/2012). *Psicología social y grupos*. Revista electrónica de psicología Iztacala. Vol. 15. Núm. 4. Recuperado el 20/02/2018 de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/34741>

Jayme. M & Sau. M. (2004). *Psicología diferencial del sexo y el género*. Barcelona, España: Ausiás Marc. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=ysRSqtbXeFkC>

Lamas, E. M (2003). *La marca de género: Trabajadoras sexuales y violencia simbólica*. México: ENAH, tesis de etnología

Lamas, E. M. (09 de marzo de 2014). *Sexo = trabajadoras*. Revista Proceso. 1948(03). 54 Recuperado de:
<http://www.proceso.com.mx/366844/sexoservidoras-trabajadoras-2>

Lamas, E. M. (2017). *El fulgor de la noche. El comercio sexual en las calles de la ciudad de México*. México: Océano.

Lacouture, G. (1996). *El legado de Kurt Lewin*. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 28, núm. 1, pp. 159-163 Recuperado el 21/02/2018 de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80528113.pdf>

Lanantuoni, E. (2008). *Pedagogía de la sexualidad*. Buenos Aires, Argentina: Bonum

López, N. (2003). *Curso de educación afectivo-sexual*. España: NETBIBLO

Lucke. H., Rodríguez. G & Thomas. P (2000). *Seis enfoques psicoterapéuticos*. Mexico: Manual Moderno.

Luthard, S. S., & Cicchetti, D. (2000). *The construct of resilience: Implications for interventions and social policies*. *Developmental and Psychopathology*, 12, 857-885.

Maisonneuve, J (1980). *La dinámica de los grupos*. Buenos Aires. Argentina Nueva Visión.

Mark, M. F (1998). *Una historia natural de la homosexualidad*. México: Paidós

Martínez, B. I & Bonilla, C. A. (2000). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia, España: Universita de Valencia.

Martin, G & Pear, J (2008). *Modificación de la conducta: qué es y cómo aplicarla*. Madrid, España: Pearson

Masten, A. S. & Powell, J. (2003). *A resilience framework for research, policy and practice*. En S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1-25). New York: Cambridge University Press. Doi: 10.1017/CBO9780511615788.003

Meichembaum, D. (1977). *Manual de inoculación de estrés*. Madrid: Editorial Martínez Roca.

Mejía, X. (16 de marzo de 2014). *Asociaciones civiles exhortan a vigilar el sexo servicio libre*. Excélsior

Miller, S.J (2018). *Enseñando, afirmando y reconociendo a jóvenes trans y de género creativo*. Santiago de Chile. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=QDhjDwAAQBAJ&pg=PT11&dq=definici%C3%B3n+cisg%C3%A9nero&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi7jYGFgrzcAhUqVt8KHU4EAKQQ6AEILTAB#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20cisg%C3%A9nero&f=false>

Montejo, J. (12/02/2018). *Trabajadoras sexuales de México, una dura lucha por la supervivencia. Brigada Callejera de apoyo a la mujer "Elisa Martínez", A.C.* México. Recuperado de: <http://brigadaac.mayfirst.org/Trabajadoras-sexuales-de-Mexico-una-dura-lucha-por-la-supervivencia>

Montero, R. M (2012). *El concepto de intervención social desde una perspectiva psico-comunitaria*. Revista MEC-ADUPAZ. Vol. 1 p. 58

Muñetón, B.; Marly, J.; Pinzón, V.; Mildred, A y Vergara, Reneé, A.; (2014 mayo-agosto). *Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género*. Psicología desde el Caribe, núm. 2, vol. 31, pp. 327-353 Universidad del Norte Barranquilla, Colombia. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21331836009.pdf>

Muñoz, C., Crespi, P., Angreus, R (2011). *Habilidades sociales*. Madrid, España: Paranifo.

Oblitas, L. (2009). *Psicología de la salud*. México: Cengage Learning

Ocampo, V. R. (2006). *Reglamentos de prostitución en Guadalajara*. México: Edit. Ayuntamiento de Guadalajara y Congreso del estado.

Olivares, R. J., Macià. A. D., Rosa, A. A & Olivares, O. P (2014). *Intervención psicológica. Estrategias, técnicas y tratamiento*. Madrid, España: Pirámide.

Palomar, J & Gómez, N. (2010). *Desarrollo de una Escala de medición de la resiliencia con Mexicanos (RESI-M)*. Buenos Aires, Argentina: Revista de Psicología y ciencias afines. Interdisciplinaria. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/180/18014748002.pdf>

Papalia, E.D., & Wendkos, S.O (1987). *Psicología*. Chile: McGraw-Hill.

Papalia, E. D., Wendkos, S. O & Sly, D. F. (2001). *Desarrollo Humano*. México: McGraw Hill.

Párama. V (2009). *Sexualidad*. España: Formación Alcalá

Phares, E. J (1999). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.

Peñafiel, P. E & Serrano, G. C. (2010). *Habilidades Sociales*. México: Editex.
Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=zpU4DhVHTJIC>

Polonio, L. B & Romero, A.D (2010). *Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido*. España: Medica Panamericana

Portillo, W & Paredes, R (2010). *Conductas sexuales*. México: Dirección General de divulgación de la ciencia. Recuperado de:
http://www.dgdc.unam.mx/assets/cienciaboletto/cb_12.pdf

Prada, R. J (1994). *Terapia a su alcance. Psicología y profesiones*. Bogotá, Colombia: San pablo. Recuperado de
https://books.google.com.mx/books?id=u_aAsivFmUgC

Ramírez, G. C (2007). *Interacción familiar soledad y conductas sexuales de riesgo en adolescentes suburbanos*. (Tesis). Recuperada de Tesis UNAM Digital (132.248.9.195/pd2007/0616777/index.html)

Rabbia, H. H & Imhoff, D. (diciembre, 2012). *Concepciones sobre heterosexualidad y actitudes hacia la disidencia sexual en estudiantes de psicología de Córdoba*. Revista argentina de ciencias del comportamiento: diciembre vol.

4, n. 3, 22-29. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333427358004>

Rogers, R. C (2008). *Grupos de encuentro*. Buenos Aires: Amorrortu

Romero, A. L & Quintanilla, E. A (1977). *Prostitución y drogas*. México: Trillas.

Ruiz, R.A. (enero, 2014) Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno negativista desafiante en una adolescente. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*. Vol. 1 (1) p.p 89-100 recuperado de
http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14_10.pdf

Ruiz, F. M., Díaz, G. M. & Villalobos, C. A (2012). *Manual de Técnica de intervención Cognitivo-Conductual*. Bilbao: Desclee

Ruis, S. J., & Sánchez, C. J. (17 de 10 de 2009). *Scribd. Las Psicoterapia*. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/21196601/LAS-PSICOTERAPIAS>

Salgado, A. (2005). *Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana*. Lima: Universidad de San Martín de Porres. *Periódicos Electrónicos de psicología*. Recuperado de
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext HYPERLINK
"http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272005000100006"& HYPERLINK

"http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272005000100006"pid=S1729-48272005000100006

Sánchez-Teruel, D., Robles-Bello, M. (2015). *Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14)*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, vol. 2, núm. 40, pp. 103-113. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4596/459645432011.pdf>

Seligman, E.M. (2004). *Florecer. La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. México: Edit. Océano

Sevilla, V. (Junio, 2014). *Resiliencia*. Revisión Bibliográfica. Universidad de JAÉN: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Sociedad Mexicana de Psicología (2009). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas

Trabajadores sexuales con mayor prevalencia de VIH: Censida. (01 de diciembre de 2017). Excelsior. Recuperado de: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/12/01/1204789>

Tubert, M. (2013). *La prostitución* (Tesis de maestría). De la base de datos Diposit.ub.edu (DNI.38.766.136-G). Recuperada de

<http://diposit.ub.edu./dispace/bitstream/2445/56311/1/Montserrat%20Tubert%20Blanch.pdf>

Trujillo, M. (S/F). *La resiliencia en la psicología social*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Uribe, P., Hernández-Tepichin, G., Del Rio, C. & Ortiz, V. (1995). *Prostitución y sida en la ciudad de México*. Salud Pública de México. v. 37, n. 6, p. 592-601, nov. 1995. ISSN 1606-7916. Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5887/6634>

Uriarte, J. (2005). *La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo*. Redalyc: Revista de Psicodidáctica 10 (2). Recuperado de: www.redalyc.org/html/175/17510206/

Utria, L., Amar, J., Martínez, M., Colmenares, G., Crespo, F. (2015). *Resiliencia en mujeres víctimas del desplazamiento forzado*. Barranquilla: Editorial Universidad del Norte.

Weiner, B. (1992). *Métodos en Psicología Clínica*. México: Limusa.

Weber, M (2002). *“Economía y sociedad”*. Madrid, España: Fondo de Cultura Económica.

Wagnild, G. M & Young, H. M (1993). *Development and psychometric evaluation of the resilience scale*. Journal of Nursing Measurement, (1), 165-178.
Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/39013071/Escala-de-Resiliencia-de-Wagnild-y-Young>

Welldon, V. E. (1992). *Madre, Virgen, Puta. Idealización y denigración de la maternidad*. España: Siglo Veintiuno

ANEXOS

CUESTIONARIO Y ENTREVISTA

AVISO DE PRIVACIDAD: Tengo conocimiento que la C. Ana Milena Montejó Ramírez realiza una investigación en coordinación con la organización BRIGADA CALLEJERA DE APOYO A LA MUJER E.M.A.C., con domicilio social en la Corregidora 115, Depto. 204, Col. Zona Centro, Venustiano Carranza, C.P. 15100, CDMX. Por lo cual manifiesto mi consentimiento para que se haga uso de mis comentarios, sin que puedan ser transferidos mis datos personales contenidos en este formato, mismos que solo serán utilizados para los fines de la investigación, conforme a lo establecido en los artículos 18, Fracción II, 20, 21, y 22 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Gubernamental (LFTAIPG), Artículos 37 y 40 de su Reglamento, así como los Lineamientos para la Protección de Datos Personales, expedido por el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos.

Firma de conformidad: _____

Fecha de aplicación: Día (), Mes (), Año ().

1.- Nombre: _____. **2.-** Edad: _____. **3.-** Fecha de nacimiento: Día (), Mes (), Año ().

4.- Sexo de nacimiento: H (). M (). **5.-** Identidad sexual: H (). M ().

6.- Preferencia sexual: Heterosexual (). Gay (). Lesbiana (). Bisexual (). Travesti (). Transexual (). Transgénero (). **7.-** Lugar de nacimiento: _____.

8.- Estado civil: Soltero/a (). Casado/a (). Viudo/a (). Unión libre (). Divorciado: ().

9.- Lugar de residencia: _____. **10.-** Escolaridad: No sabe leer ni escribir (). Primaria (). Secundaria (). Prepa (). Técnico (). Universidad ().

11.- ¿Está afiliado/a servicios médicos? Seguro popular (). IMSS (). ISSSTE (). Privado (). Ninguno: (). **12.-** Número de dependientes económicos: _____.

13.- A qué edad tuviste tu primera relación sexual: _____.

14.- A qué edad empezaste a cobrar por tener relaciones sexuales: _____.

15.- Iniciaste en el trabajo sexual: Por tu decisión: (). Obligada o presionada por alguien: ().

16.- Te han cobrado por dejarte trabajar en el sexo: Sí (). No (). No contestó ().

17.- En los últimos 6 meses ha tenido relaciones sexuales con: Hombres (). Mujeres ().

Hombres y mujeres: (). **18.-** Cuántos clientes sexuales tuviste en la última semana completa: _____.

19.- Qué tanto utilizaste condón con tus clientes: Siempre (). Casi siempre: (). A veces: (). Casi nunca: (). Nunca: (). **20.-** Qué tanto utilizaste condón con tu pareja sentimental o amigo: Siempre (). Casi siempre: (). A veces: (). Casi nunca: (). Nunca: ().

21.- En caso de no haber usado condón en todas las ocasiones, cuál es el motivo:

No tuve condón a la mano: (). Disminuye el placer: ().

Sexo con pareja estable: (). Falta de información sobre el uso: (). Uso de otro método anticonceptivo: (). No lo uso bajo el efecto de alcohol o drogas: ().

No lo uso cuando estoy enamorada/o: (). No lo uso cuando me gusta la persona: ().

Mi cliente decidió no utilizarlo: (). No me gusta usarlo: (). Otro motivo: _____

Ítem	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1.- Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos.				
2.- Sé dónde buscar ayuda				
3.- Soy una persona fuerte.				
4.- Sé muy bien lo que quiero.				
5.- Tengo el control de mi vida.				
6.- Me gustan los retos.				
7.- Me esfuerzo por alcanzar mis metas.				
8.- Estoy orgulloso de mis logros.				
9.- Sé que tengo habilidades.				
10.- Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles.				
11.- Creo que voy a tener éxito.				
12.- Sé cómo lograr mis objetivos.				
13.- Pase lo que pase siempre encontraré una solución.				
14.- Mi futuro pinta bien.				
15.- Sé que puedo resolver mis problemas personales.				
16.- Estoy satisfecho conmigo mismo.				
17.- Tengo planes realistas para el futuro.				
18.- Confío en mis decisiones.				
19.- Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores.				
20.- Me siento cómodo con otras personas.				
21.- Me es fácil establecer contacto con nuevas personas.				
22.- Me es fácil hacer nuevos amigos.				
23.- Es fácil para mí tener un buen tema de conversación.				
24.- Fácilmente me adapto a situaciones nuevas.				
25.- Es fácil para mí hacer reír a otras personas.				
26.- Disfruto de estar con otras personas.				
27.- Sé cómo comenzar una conversación.				
28.- Tengo una buena relación con mi familia				
29.- Disfruto de estar con mi familia.				
30.- En nuestra familia somos leales entre nosotros.				

31.- En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos.				
32.- Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.				
33.- En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida.				
34.- Tengo algunos amigos / familiares que realmente se preocupan por mí.				
35.- Tengo algunos amigos / familiares que me apoyan.				
36.- Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito.				
37.- Tengo algunos amigos / familiares que me alientan.				
38.- Tengo algunos amigos / familiares que valoran mis habilidades				
39.- Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil.				
40.- Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles.				
41.- Prefiero planear mis actividades.				
42.- Trabajo mejor cuando tengo metas.				
43.- Soy bueno para organizar mi tiempo.				

¿Deseas agregar algo?

AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de esta investigación fue un proyecto que inició como un sueño que parecía ser inalcanzable, dado el contexto en el que crecí y me desarrollé, sin embargo a base de arduo esfuerzo en conjunto con la Brigada Callejera de Apoyo a la Mujer EM AC, lo logramos. Esto lo menciono debido a que fue la asociación civil que a partir de su labor con las trabajadoras sexuales tanto en la CDMX como de la república mexicana, llamaron mi atención a partir de la visión de transformación y crecimiento que lograron en la mayoría de las trabajadoras sexuales con las que han trabajado, esto claro desde la perspectiva de quien lo escribe y ahora con los resultados satisfactorios obtenidos a través de este trabajo.

Pude observar desde muy corta edad, la lucha de la Brigada y de sus fundadores, entre los cuales orgullosamente se encuentra mi padre, Jaime Alberto Montejo Bohórquez y su esposa Elvira Madrid Romero, a quienes agradezco todo su apoyo durante toda mi carrera y en especial en esta investigación, pues me dieron la confianza de poder trabajar portando la camiseta de su asociación, trabajando día y noche con esas maravillosas mujeres que aguantan los tormentos del clima paradas en una acera esperando un cliente, esas a las que vulgarmente llaman putas y que en realidad son unas guerreras callejeras, son las trabajadoras sexuales de la zona Merced-Mixcalco, quienes accedieron no solo a llenar cada pregunta que se les requería en el cuestionario (TEST RESIM), sino también me regalaron su valioso tiempo en entrevista y además esperan con ansias la aprobación de este trabajo para darle conclusión con la intervención que prometí llevar a cabo con ellas.

También hago énfasis en mi enorme agradecimiento a quien me crió y funge como mi madre, Sra. Isabel Cecilia Bohórquez de Montejo (abuela), gracias por sus regaños, por su apoyo en las buenas y las malas, por creer en esta tesis y en mí, gracias por que no solo me apoyo económicamente, sino moralmente en todo momento, siempre al pendiente de su nietecita.

Así mismo agradezco a mi hijo Brandon Eduardo Delgado Montejo, por estar siempre a mi lado, en las buenas, las malas y las peores, no solo durante ese trabajo de investigación sino su vida entera, sus 15 años de vida junto a esta soñadora y

sus horas despierto observando como realizaba esta investigación, su motivación constante y su amor.

De igual manera agradezco a cada miembro de A.A que me impulso a creer en mí, a cada padrino que en su momento me dio una palabra de aliento y que jamás me soltaron, enseñándome a salir de donde algún día me encontré, es justamente de ahí que nació la necesidad de conocer el porqué de la resiliencia en los seres humanos, dados los resultados que observe y seguiré observando en cada alcohólico anónimo que resurge de entre las cenizas y como bien se planteó en este trabajo, sale avante de las situaciones adversas, aquí haré un pequeño énfasis en esas personitas que al iniciar la licenciatura me dijeron, “ No te rindas, tu puedes”. Gracias padrino Gustavo, Mari-paz, Alfredo, Malena, Dalia, Nadia, Salvador Marín, Lino, y en general al Grupo Liberación, Grupo D.F, Grupo azteca, Grupo Mujeres en busca de una salida y en general a todos los que pusieron su semillita para crear resiliencia en quien escribe estas letras.

Por otra parte y no menos importante, agradezco a mis profesores de la Universidad ALHER Aragón. Prof. Graciela Rico Cedillo, gracias por creer en mí, por todos los trabajos previos al inicio de esta investigación pues con ellos forjo sueños en mi ser, Prof. Leonardo Manzano, de igual modo agradezco todas sus explicaciones, su manera peculiar de enseñar y su guía, pero sobre todo agradezco a mi asesor, Prof. Mauricio Campos Cano, por su detallado asesoramiento, por la paciencia y los regaños durante la estructuración de esta tesis.

También agradezco a esas personitas que me empujaron a no claudicar, tanto personal, como profesionalmente, gracias Xóchitl Garduño Ríos, Martha Edith Montejo, Tocayo, Laura Verónica Martínez Rentería, Jairo Cardiel, Alfredo Trejo Jiménez, Rosa Isela Madrid, Kika parra, Brenda Urrusquieta, Karina del Toro Martínez, y en general al equipo de entrenamiento de MPT.

Finalmente agradezco a esta máxima casa de estudios UNAM quien por medio de DGIRE, me proporcionaron una beca del 100% durante toda mi carrera y con ello me dieron los cimientos para llegar a este punto. Gracias Universidad

Nacional Autónoma de México, por creer en mí, por darme las mejores herramientas educativas para ser una profesional dotada de vastos conocimientos y esplendidas lecciones para el futuro como Lic. En psicología egresada orgullosamente de sistema incorporado.

G R A C I A S

• Tipos de técnicas.....	82
--------------------------	----

CAPÍTULO V
INVESTIGACIÓN RELACIONADA

• Prostitución y SIDA en la Ciudad de México.....	89
• Prostitución: una visión desde los derechos humanos.....	90
• El trabajo sexual y su condena social.....	90

MÉTODO.....	93
RESULTADOS.....	100
CONCLUSIONES.....	121
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	128
REFERENCIAS.....	143
ANEXOS.....	163
AGRADECIMIENTOS.....	166
ÍNDICE.....	170