



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso Académico 2023-2014

Convocatoria Junio

Modalidad: Propuesta de intervención

Título: Propuesta de intervención psicológica dirigida a mujeres que hayan abandonado el sistema prostitucional.

Autor: Martínez Duarte, Zaida

Tutora: Nardi Rodríguez, Ainara

ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Método	7
Objetivos.....	7
Participantes.....	7
Instrumentos.....	8
Acceso al Programa.....	9
Cronograma	9
Materiales	10
Descripción de las Sesiones.....	10
Discusión y conclusiones.....	20
Referencias	23



Resumen

España es uno de los países con mayores cifras de prostitución del mundo. En el panorama nacional existen diversos programas que favorecen la salida del sistema de las víctimas a través de la reinserción sociolaboral, el apoyo jurídico y el acompañamiento psicológico. No obstante, los problemas psicológicos y sociales derivados de la prostitución prevalecen aún después de haber abandonado el sistema. Por ello, se presenta una propuesta de intervención compuesta por 9 sesiones, de 2 horas de duración y frecuencia semanal que tiene como objetivos la mejora de los síntomas psicológicos, el aprendizaje de pautas de autocuidado, el restablecimiento y formación de redes de apoyo social y la desestigmatización. Con el objetivo de evaluar la eficacia del programa se sugiere el uso de las escalas de evaluación ASA, EGEP-V, BDI-II, EMASP y la adaptación de la Escala del Estigma de VIH. Se espera una remisión significativa del malestar psicológico, así como la proliferación y crecimiento de las fuentes de apoyo social con el fin de conseguir una rehabilitación íntegra en las víctimas atendiendo a la perspectiva de género.

Palabras clave: apoyo social, depresión, estigma, perspectiva de género, prostitución y TEPT.

Abstract

Spain is one of the countries with the highest numbers of prostitution in the world. On the national scene there are various programs that encourage victims to exit the system through socio-labor reintegration, legal support and psychological support. However, the psychological and social problems derived from prostitution prevail even after leaving the system. For this reason, an intervention proposal is presented consisting of 9 sessions, lasting 2 hours and with a weekly frequency that aims to improve psychological symptoms, learn self-care guidelines, reestablish and form social support networks and destigmatization. In order to evaluate the effectiveness of the program, the use of the ASA, EGEP-V, BDI-II, EMASP evaluation scales and the adaptation of the HIV Stigma Scale is suggested. A significant remission of psychological discomfort is expected, as well as the proliferation and growth of sources of social support in order to achieve comprehensive rehabilitation in victims taking into account gender perspective.

Keywords: social support, depression, stigma, gender perspective, prostitution and PTSD.

Introducción

Según la Real Academia Española, la prostitución se define como la “actividad de quien mantiene relaciones sexuales con otras personas a cambio de dinero” (Real Academia Española, s.f., definición 2). Si bien los términos “prostitución” y “trata” se emplean como sinónimos, esta última hace referencia a un proceso altamente mecanizado que consiste en la captación de una persona a través del ofrecimiento engañoso de un puesto de trabajo que requiere un traslado físico a otro lugar mediante el uso de la coerción y/o violencia, y que puede tener como finalidad la trata con fines de explotación sexual (Meneses-Falcón y Urío, 2021).

Las personas expertas en el estudio de la prostitución destacan la relación de poder detrás del acto de prostituir, por parte del proxeneta prostituidor (conocido como cliente) y mujer prostituida. La sociedad actual, fruto de la “revolución sexual”, ha normalizado la prostitución y la pornografía, potenciando su prevalencia y condenando el cuestionamiento crítico de estas prácticas (Cobo, 2017). En este contexto, se refuerza la idea de la libre disposición de los cuerpos de las mujeres frente a los hombres con independencia de la existencia o no del deseo por parte de estas (Miranda, 2017). Sin embargo, la prostitución es una actividad que se desarrolla con el objetivo de saciar el deseo sexual de los hombres a través del mantenimiento de relaciones basadas en la sumisión y la despersonalización de las mujeres (De Miguel, 2015).

En la actualidad, el debate alrededor de la prostitución se ha centrado en tres corrientes ideológicas muy diferenciadas: 1) la prohibicionista, que considera la prostitución como una actividad punible tanto para los proxenetas como para las mujeres prostituidas (Molina, 2018); 2) la regulacionista, que la considera una ocupación equiparable a cualquier otra y; 3) la abolicionista, que aboga por una legislación que condene tanto a proxenetas como prostituidores y por políticas que aseguren la reinserción y la desestigmatización de estas (Capa, 2023). Esta visión establece que la prostitución es una modalidad más de violencia contra las mujeres y por tanto perpetúa sistemáticamente los procesos de sumisión y subordinación femenina (Aguayo y Calderón, 2020).

A nivel nacional, España encabeza la lista de los países con mayores cifras de prostituidores en el mundo, siendo el primero en Europa. Se estima que el dinero invertido en prostitución en el país de forma diaria ronda los 50 millones de euros (Buedo, 2024). Según el sociólogo Antonio Ariño, las cifras de mujeres en situación de prostitución oscilaría entre 100.000 y 120.000, en 2022 (Martín, 2022). Entre estas cifras se encuentran las modalidades de prostitución de calle, las casas de citas, los clubes,

la prostitución en pisos de contacto y otras modalidades que giran en torno al uso de las nuevas tecnologías y las redes sociales (Buedo, 2024).

Ser una mujer prostituida acarrea graves consecuencias psicológicas, físicas y sociales. A nivel psicológico, se asocia con la prevalencia de sintomatología depresiva y trastornos depresivos, incluyendo la ideación suicida, siendo significativamente superior respecto a la población general. Además, son muchos los casos en los que la depresión se presenta de forma comórbida con la adicción a sustancias, especialmente con el alcohol. Por otro lado, la precariedad económica y social que predomina en las mujeres víctimas del sistema prostitucional potencia y empeora los cuadros depresivos a consecuencia de la exposición continuada al estrés, los cambios asociados a la migración y las dificultades laborales (Andressa, 2021).

Otro de los diagnósticos más frecuentes es el trastorno de estrés post traumático (TEPT). Se advierte la presencia de TEPT complejo (TEPT-C), esta variación surge en situaciones como la prostitución donde las víctimas han sido expuestas a alta violencia (física, psicológica y/o sexual), interpersonal, continuada en el tiempo y acompañada de estrategias coercitivas que impedían su interrupción (McQuaid, 2020). El TEPT-C, incluido en el CIE-1, recoge alteraciones relacionadas con la regulación de los afectos, la conciencia, la autopercepción, la percepción del perpetrador/es de la violencia, las relaciones sociales y los sistemas de significado (Asensi et.al., 2023).

Sumadas a las consecuencias psicológicas, las víctimas a menudo presentan afecciones físicas. Las lesiones óseas, las afecciones ginecológicas no asociadas a enfermedades venéreas y las infecciones de transmisión sexual (ITS) son las patologías físicas que se presentan en mayor medida (Martínez y Martínez, 2022). De acuerdo con el estudio de Askabide (2008), muchas de estas mujeres señalaban que la problemática más recurrente con la que tenían que lidiar en relación a sus prostituidores era a consecuencia de la negativa de estos al uso del preservativo durante la realización de prácticas sexuales (Ranea-Triviño, 2021). Además, la demanda explícita de los prostituidores en las webs de contacto sumadas a la precariedad económica de las mujeres, deriva en un menor uso del preservativo pese a su conocimiento y por tanto en un aumento en el riesgo de contraer ITS. No obstante, pese al estigma alrededor de las mujeres en situación de prostitución y el VIH los datos señalan que las cifras no son significativamente mayores respecto a la población general (Passos et.al., 2018).

Una de las principales consecuencias tras haber sido víctimas del sistema prostitucional es el estigma. Según Goffman (1963), el estigma surge de la tenencia de un atributo que diferencia al individuo del resto y que induce un descrédito a causa de

una percepción compartida negativa reduciendo al individuo a esa característica. Las mujeres que han salido del sistema prostitucional acarrean con una autopercepción negativa de sí mismas fruto del estereotipo que tiene la sociedad sobre ellas como mujeres fracasadas o carentes de moral. Esto sumado a una continua normalización de la violencia contribuye a la creación de relaciones interpersonales abusivas (Clemente, 2020). Por otro lado, el estigma que recae sobre ellas suele derivar también en cuadros psicopatológicos (Sánchez, 2020). Además, otras barreras que dificultan su rehabilitación física y mental y su incorporación al mercado de trabajo son: la marginalidad, las secuelas psicológicas, las irregularidades administrativas y la escasez de apoyo social (Médicos del Mundo, 2023).

Durante los últimos años, en España, se han ido desarrollando diversos proyectos que buscan reducir los índices de prostitución en el país. Desde el Ministerio de Igualdad se ha diseñado el Plan Camino, un plan de acción nacional que, entre otras cuestiones, ha desarrollado una línea estratégica destinada a la detección de víctimas en contextos de prostitución, explotación sexual o trata. El Plan Camino ofrece protocolos destinados a una garantía de acceso al sistema sanitario público para una rehabilitación integral, planes de inserción laboral y ofrecimiento de vivienda tanto para las víctimas como para sus familias. Este proyecto busca consolidar un contexto de estabilidad y bienestar integral que favorezca la salida de las mujeres en situaciones de prostitución facilitando su emancipación (Ministerio de Igualdad, 2022).

Con respecto a proyectos específicos de atención a mujeres prostituidas, destacan los de la fundación APRAMP y el programa ALBA. La iniciativa APRAMP con sede en Madrid y con un rango de actuación que comprende diferentes CCAA como la Comunidad Valenciana, Andalucía, Castilla y León, Murcia, Extremadura y Asturias, se enfoca en el acompañamiento durante el periodo de tránsito desde que una víctima es identificada por los organismos de seguridad hasta que puede iniciar su proceso de rehabilitación en centros de administración pública. Durante este proceso se ponen en acción medidas a través de una atención individualizada y trabajo grupal, que cubran necesidades de tipo psicológicas, sociales, jurídicas, sanitarias, formativas y laborales. No obstante, la intención primera del programa es asegurar la asistencia por parte de las entidades públicas, garantizando así sus derechos como ciudadana (Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención a la Mujer Prostituida [APRAMP], 2023). Por su parte, el proyecto ALBA implementado en Alicante, trabaja para asegurar una independencia plena en las mujeres víctimas de contextos de prostitución. Su objetivo es que las mujeres, a través de este acompañamiento, abandonen los marcos de prostitución si así lo deciden. Cuenta con un equipo multidisciplinar especializado en

violencias sexuales que se encarga de realizar una intervención completa facilitando esta salida (Dirección General de Igualdad y del Instituto de las Mujeres, 2024).

Por tanto, ambos programas se centran principalmente en prestar sus servicios hasta el abandono de la situación de prostitución. No obstante, teniendo en cuenta las consecuencias que experimentan estas mujeres tras salir del sistema prostitucional y que pueden persistir en el tiempo al tratarse de una situación traumática de duración prolongada, se considera necesario dar continuidad a dichos servicios. Así, se propone un programa de intervención cuyo objetivo general es mejorar la salud psicológica, social y física de las mujeres que hayan salido del sistema prostitucional. El propósito último es evitar recaídas en el sistema prostitucional.

Método

Objetivos

General:

- Mejorar la salud psicológica, social y física de las mujeres que hayan salido del sistema prostitucional.

Específicos:

- Fomentar pautas de autocuidado y salubridad.
- Minimizar la sintomatología asociada con el TEPT y la depresión.
- Reducir el impacto psicológico del estigma de “prostituta”.
- Fomentar una red de apoyo social entre víctimas y la construcción de nuevas redes de apoyo.

Participantes

El programa está dirigido a mujeres que hayan salido del sistema prostitucional sin necesidad de denuncia previa. Cada grupo estará compuesto por 8 mujeres aproximadamente.

Criterios de inclusión:

- Mujeres mayores de 18 años de edad.
- Residir en la provincia de Alicante.
- Mujeres que hayan recibido acompañamiento previo dirigidas al abandono del sistema prostitucional y que requieran una prolongación en el acompañamiento.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con psicopatologías graves y/o a las que no sea recomendable tratamientos en sesiones grupales.
- Mujeres que no tengan un nivel medio de lengua castellana.

Instrumentos

Con el fin de evaluar la eficacia del programa, se hará una evaluación pretest (sesión 1), una segunda evaluación de seguimiento (sesión 6) y una evaluación posttest (sesión 12) 6 meses después del cese del programa. Estas sesiones se realizarán en 3 días diferentes y consecutivos en los que se recibirán 2-3 participantes de forma individual en varias franjas horarias. Las escalas a administrar son:

Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA: Evers, 1989).

Mide el grado de conocimiento y la capacidad de una persona para ejecutar conductas de autocuidado. Se compone de 24 ítems con una modalidad de respuesta de 5 alternativas tipo Likert, donde el 1 “*totalmente en desacuerdo*” corresponde al valor más bajo de autocuidado y el 5 “*totalmente de acuerdo*” al más elevado. Las puntuaciones oscilan entre los valores 24 y 120. Su validación con población colombiana presentó propiedades psicométricas adecuadas (Leiva et. al., 2016).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II: Beck et al., 1966).

Se compone de 21 ítems de tipo Likert a partir de los cuales se evalúa la depresión. Las puntuaciones más bajas corresponden a niveles más bajos de sintomatología depresiva mientras que los más elevados a una severidad mayor de los síntomas. Presenta buenas propiedades psicométricas para la detección de la depresión (European Federation of Psychologist Associations [EFPA], 2013).

Escala Global del Estrés Postraumático (EGEP-V: Crespo, Gómez & Soberón, 2017)

Compuesta por 58 ítems, mide la sintomatología traumática de acuerdo a los criterios del DSM-V. Combina formatos de respuesta tipo Likert, donde las puntuaciones más bajas corresponden a una sintomatología leve y los más elevados a una grave, y de tipo dicotómico Sí/No. Presenta buenas propiedades psicométricas en diversos tipos de sucesos traumáticos y víctimas (Crespo et. al., 2017).

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP: Zimet et al., 1988).

Formada por 12 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 6 alternativas donde 1 significa “*completamente en desacuerdo*” y 6 “*completamente de acuerdo*”, los

valores más elevados corresponden a una percepción de alto apoyo social. La escala evalúa el apoyo social desde 3 fuentes: familia, amigos y otros significativos con buenas propiedades psicométricas (Matrángolo et al., 2022).

Adaptación de la Escala de Estigma de VIH (Berger et al., 2001).

La escala consta de 32 ítems agrupados en 4 factores. Presenta un formato tipo Likert con 4 alternativas de respuesta en la que 1 corresponde a “totalmente en desacuerdo” y 5 a “totalmente de acuerdo” (Paz, 2022). La adaptación al programa consistirá en modificar los conceptos relacionados con el VIH y se sustituirán por su equivalente en el estigma de la mujer prostituida.


Acceso al Programa

Se presentará el programa a los equipos directivos de los programas ALBA y APRAMP y se solicitará su colaboración en la derivación de casos que cumplan con los criterios de inclusión antes descritos y deseen participar.

Cronograma

Tabla 1

Organización temporal del programa.



	SEPT				OCT				NOV				MAY			
Semana																
Sesión 1*																
Sesión 2																
Sesión 3																
Sesión 4																
Sesión 5																
Sesión 6*																

Nº de sesión y título	Sesión 2: ¿Qué siento, quiero y necesito?
Objetivo(s) específicos del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar pautas de autocuidado y salubridad.
Objetivos específicos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el conocimiento sobre el concepto de salud y autocuidado. • Identificar cómo el género influye en comportamientos de salud • Aumentar el repertorio de pautas de autocuidado y salud.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del/la profesional y del programa (10 minutos) • Actividad 2.1: Por parejas deberán conocer datos básicos de la otra y después presentarla al grupo (15 minutos). • Psicoeducación: concepto de salud y autocuidado, componentes de la salud, introducción del concepto de “perspectiva de género” y su influencia en la salud (20 minutos). • Actividad 2.2: Brainstorming pautas de autocuidado. Cada participante mencionará 2-3 pautas y señalará cuáles realizan y cuáles no, justificándolo. Las calificarán según dificultad de realización (25 minutos). • Actividad 2.3: Revisión y elección de una pauta no realizada (dificultad media-baja) e identificación de facilitadores y barreras para su ejecución (15 minutos). • Actividad 2.4: Puesta en común. Refuerzo de facilitadores y búsqueda conjunta de reducción de barreras (15 minutos). • Explicación <i>mindfulness</i> (5 minutos). • Actividad 2.5: Ejercicio “DROP”: <ol style="list-style-type: none"> 1. Detención de la actividad. 2. Respiración profunda.

	<p>3. Observación de sensaciones corporales y emociones</p> <p>4. Interpretación.</p> <p>5. Actuación acorde a las necesidades (10 minutos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicación de autorregistro autocuidado (2 minutos). • Resumen (5 minutos).
Tareas	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimentación del autorregistro. • 10 minutos <i>mindfulness</i> diario.

Tabla 3

Sesión 3.

Nº de sesión y título	Sesión 3: ¡Actívate!
Objetivo(s) específicos del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar la sintomatología relacionada con depresión y TEPT.
Objetivos específicos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el conocimiento sobre la depresión. • Identificar cómo el género puede influir en los síntomas depresivos. • Aumentar frecuencia de actividades agradables. • Aumentar placer en actividades cotidianas.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas (10 minutos). • Psicoeducación: depresión, áreas de afectación, esquemas cognitivos y factores desencadenantes. Asociación y normalización de la sintomatología con violencia sexual (40 minutos). • Actividad 3.1: Brainstorming actividades agradables (10 minutos). • Actividad 3.2: Clasificación 4 actividades según agrado y dificultad. Destacar facilitadores y minimizar barreras (15 minutos).

	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación autorregistro actividades y selección de las 2 valoradas como más agradables y de menor dificultad (3 minutos). • Presentación técnica del saboreo (15 minutos). • <i>Mindfulness</i> (10 minutos). • Resumen (5 minutos).
Tareas	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimentación autorregistro actividades agradables • Aplicación del saboreo en 1 actividad diaria

Tabla 4

Sesión 4.

Nº de sesión y título	Sesión 4: Reestructurando
Objetivo(s) específicos del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar la sintomatología asociada a la depresión y al TEPT.
Objetivos específicos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionar sintomatología área cognitiva de la depresión y el TEPT con la prostitución. • Reducir creencias negativas sobre una misma. • Implementar técnicas de desactivación.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas (10 minutos). • Psicoeducación: sesgos cognitivos, normalización de la sensación de recuerdo fragmentado (25 minutos). • Actividad 4.1: Identificación de 2 pensamientos negativos sobre una misma y búsqueda de 3 alternativas racionales a cada pensamiento (45 minutos). • Explicación autorregistro reestructuración cognitiva (3 minutos). • Actividad 4.2: Presentación técnica de control del pensamiento. El/la profesional teatralizará un diálogo interno ficticio y cortará el diálogo con una palmada.

	<p>Evocará la rumiación voluntariamente, aportando alternativas realistas (20 minutos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación y práctica de respiración progresiva de Jacobson (7 minutos) • Resumen (5 minutos).
Tareas	<ul style="list-style-type: none"> • Complimentación autorregistro reestructuración cognitiva. • Control del pensamiento 5 ocasiones. • Relajación 3 ocasiones.

Tabla 5

Sesión 5.

Nº de sesión y título	Sesión 5: Conoce tus emociones
Objetivo(s) específicos del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar la sintomatología de la depresión y el TEPT.
Objetivos específicos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender el concepto de emoción. • Identificar emociones principales y secundarias. • Identificar emociones en una misma y en los demás. • Implementar estrategias de regulación emocional.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas (10 minutos). • Psicoeducación: emociones primarias y secundarias. Se desmitificará la existencia de emociones negativas y se expondrán sus funciones (25 minutos). • Actividad 5.1. <i>Role-playing</i>: Se representarán 5 situaciones que representen la emoción que podría surgir en diferentes contextos. El resto adivinará la emoción representada (50 minutos). • Presentación y ejecución grupal de la técnica “Acción opuesta a la emoción” (Linehan, 2005) (30 minutos). • Resumen (5 minutos).

Tareas	<ul style="list-style-type: none"> • Continuación autorregistro sesión 4. • Aplicación técnica de la acción opuesta a la emoción 3 ocasiones.
---------------	---

Tabla 7

Sesión 7.

Nº de sesión y título	Sesión 7: Deja atrás lo irracional.
Objetivo(s) específicos del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar la sintomatología relacionada con la depresión y el TEPT.
Objetivos específicos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el conocimiento sobre la autoestima y el autoconcepto. • Reducir distorsiones cognitivas. • Mejorar la autoestima.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas (10 minutos). • Psicoeducación: autoestima, autoconcepto, autoimagen y sesgos/distorsiones cognitivas (30 minutos). • Actividad 7.1. El/la profesional elaborará un discurso interno ficticio con distorsiones/sesgos sobre su autoconcepto. Las participantes deberán identificarlas. Se debatirá sobre la utilidad de estos mensajes (30 minutos) • Explicación autorregistro sesgos y distorsiones (5 minutos). • Actividad 7.2. Anotar tres mensajes negativos que suelen decirse a ellas mismas. Deberán pensar qué le dirían a alguien querido si los pensara. Se debatirá sobre las diferencias en el discurso dirigido a una misma o hacia los demás reflexionando sobre la negatividad en el auto discurso (40 minutos). • Resumen (5 minutos).

Tareas	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro distorsiones cognitivas.
---------------	--

Tabla 8

Sesión 8.

Nº de sesión y título	Sesión 8: Iniciación a la exposición.
Objetivo(s) específicos del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar la sintomatología de la depresión y el TEPT.
Objetivos específicos de la sesión.	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir el estado general de activación. • Aumentar la percepción de seguridad en el propio entorno y en el futuro. • Comprender el papel de la evitación como mecanismo perpetuador del malestar.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas (10 minutos). • Reestructuración cognitiva mediante diálogo socrático. Se preguntará sobre el grado de inseguridad sobre los demás y el mundo. Se evitarán pensamientos tipo “todos los hombres son malos” (30 minutos). • Psicoeducación sobre ansiedad, evitación, exposición y su papel en el tratamiento psicológico para el TEPT. Identificación de sintomatología en una misma (15 minutos). • Actividad 8.1. Elaboración jerarquía de 5-7 situaciones relacionadas con el trauma en función de las USA (15 minutos). • Presentación respiración diafragmática y sus usos (5 minutos). • Actividad 8.2: Elección de situación calificada como menos ansiógena de la <i>Actividad 8.1</i>. Exposición por

	<p>imaginación e identificación de sintomatología y curva de la ansiedad (20 minutos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad 8.3: Explicación y práctica respiración diafragmática (20 minutos). • Resumen (5 minutos).
Tareas	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro distorsiones cognitivas. • Practicar respiración diafragmática en 5 situaciones de activación psicofisiológica. • Escribir relato de historia de vida.

Tabla 9

Sesión 9

Nº de sesión y título	Sesión 9: Acéptate.
Objetivo(s) específicos del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir impacto del estigma de mujer prostituida. • Minimizar la sintomatología relacionada con la depresión y el TEPT.
Objetivos específicos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el paso por el sistema prostitucional como parte de la historia de vida y no como elemento central. • Reconocerse como víctima.
	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas (10 minutos). • Psicoeducación: prostitución, redes de captación, dificultades para salir del sistema, revictimización y concepto de “resiliencia” (35 minutos). • Actividad 9.1. En grupo se compartirán las vivencias relacionadas con el sistema prostitucional voluntariamente (30 minutos).

	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad 9.2: Apuntar y comentar 5 cualidades propias que han favorecido el abandono del sistema prostitucional (20 minutos). • Actividad 9.3: Pensar y comentar 3 objetivos vitales que se quieran conseguir y a continuación 5 cualidades propias que favorezcan su consecución (20 minutos). • Resumen (5 minutos).
Tareas	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro distorsiones cognitivas. • Aplicación técnica acción opuesta a la emoción 3 ocasiones.

Tabla 10

Sesión 10.

Nº de sesión y título	Sesión 10: Relaciónate de forma sana.
Objetivos específicos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el conocimiento sobre la comunicación interpersonal. • Fomentar el estilo asertivo en las relaciones interpersonales. • Aprender a dar y recibir elogios.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas (10 minutos). • Psicoeducación: concepto de comunicación y asertividad, papel del lenguaje no verbal, objetivo de la comunicación, estilos comunicativos, bases de la asertividad y su papel en autoestima (20 minutos). • Actividad 10.1: Exposición situaciones propias en la que haya predominado un estilo pasivo o agresivo. Aplicación de estilo asertivo (35 minutos). • Actividad 10.2: Roleplaying: Por parejas, representarán 4 situaciones desde un estilo pasivo/agresivo. Se repetirá la

	<p>representación atendiendo a las correcciones del resto del grupo (35 minutos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad 10.3: Con un ovillo de lana, el/la profesional comenzará diciendo una característica física y psicológica que le gusta de él/ella mismo/a y pasará el ovillo acompañado de un elogio a otra persona que repetirá el proceso (15 minutos). • Explicación autorregistro situaciones comunicativas: Completar atendiendo a: situación comunicativa, personas involucradas, objetivo de la comunicación, fallos y correcciones (5 minutos). • Resumen (5 minutos).
Tareas	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimentación autorregistro comunicación. • Autorregistro distorsiones cognitivas. • Practicar respiración diafragmática en 5 situaciones de activación psicofisiológica.

Tabla 11

Sesión 11.

Nº de sesión y título	Sesión 11: Relaciónate de forma sana II
Objetivo(s) específicos del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar red de apoyo social entre víctimas y construcción de nuevas redes de apoyo. • Minimizar la sintomatología asociada al TEPT y la depresión. • Reducción del impacto del estigma de prostituta.
Objetivos específicos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la vergüenza asociada a la prostitución. • Asumir su papel como superviviente al sistema prostitucional.

	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar actividades agradables en compañía, • Fomentar expresión asertiva de necesidades.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas (10 minutos). • Psicoeducación: concepto de “supervivencia”, habilidades relacionadas, papel desadaptativo de la vergüenza (35 minutos). • Actividad 11.1. Pensar y comentar 2 habilidades de otra compañera que haya favorecido su supervivencia al sistema (15 minutos). • Explicación técnicas comunicación asertiva <i>Disco rayado</i> y <i>Sándwich</i> (10 minutos). • Actividad 11.2. <i>Roleplaying</i> aplicación técnicas de actividad anterior. • Actividad 11.3. Revisión autorregistro actividades agradables y elaboración de mensaje a persona cercana con la que realizar una de ellas (30 minutos). • Resumen y despedida (10 minutos).
Tareas	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro distorsiones cognitivas. • Práctica de las técnicas asertivas en 5 ocasiones.

Discusión y conclusiones.

La prostitución implica elevados niveles de violencia que repercuten en la vida de muchas mujeres incluso después de abandonar el sistema prostitucional (Jiménez, 2022). Las consecuencias derivadas de la violencia intrínseca del sistema afectan a las víctimas hacia todas las áreas de su vida, impactando en su salud mental, física y social (Ballesteros y Acosta, 2020).

En la actualidad, el debate en torno a la prostitución y sus consecuencias está tomando un importante protagonismo y son muchas las exponentes de una postura abolicionista que vela por la criminalización de los proxenetas y prostituidores y la puesta en marcha de procesos que aseguren la rehabilitación de las mujeres prostituidas. No

obstante, existe una escasez de programas en España y especialmente en la provincia de Alicante que acompañen a las víctimas durante el período suficiente para conseguir una remisión completa de los síntomas psicopatológicos y una reinserción social óptima para el alcance de una autonomía total. Por ello, el presente programa ha sido diseñado con el propósito de conseguir una rehabilitación íntegra en las mujeres que hayan salido del sistema prostitucional.

La propuesta de intervención que se expone compuesta por 9 sesiones de intervención persigue el alcance de una mejoría global de las víctimas haciendo hincapié en el área psicosocial, a través del empleo de técnicas y estrategias en materia de terapia psicológica. La bibliografía consultada para la construcción del programa sostiene que los trastornos psicológicos y/o la sintomatología que presenta mayores prevalencias en muestras similares a las de la población diana del programa son la depresión y el TEPT (Martín-Romo et.al., 2023). Además, se perciben brechas en las fuentes de apoyo social y el conocimiento de pautas de autocuidado y salud (Bonavitta, 2020) así como un fuerte impacto en la autoestima a consecuencia del estigma de prostituta (Mingorance, 2015). Estas problemáticas deben abordarse durante una envergadura temporal extendida y suficiente como para conseguir una considerable remisión del malestar. Es por ello que se contempló la posibilidad de diseñar un programa que prolongue los servicios ofrecidos a las víctimas del sistema prostitucional una vez ya hayan salido del mismo. Los proyectos líderes en el panorama nacional y local, en particular APRAMP y ALBA, ofrecen servicios de acompañamiento psicosocial en víctimas de trata, explotación sexual o prostitución durante el proceso de salida del sistema. Atendiendo a los criterios psicopatológicos de la depresión y el TEPT podría resultar insuficiente en los casos en los que la sintomatología no haya remitido.

El actual programa se sustenta a través de la consecución de cuatro objetivos específicos; 1) fomentar de pautas de autocuidado y salubridad, 2) minimizar la sintomatología compatible con la depresión y el TEPT, 3) reducir el impacto psicológico del estigma de prostituta y 4) crear redes de apoyo entre víctimas y encontrar nuevas fuentes de apoyo social. Se recurrió a la consulta de artículos elaborados en un margen de tiempo máximo de 6 años y publicados en revistas y/o repositorios digitales de corte científico. Por otra parte, el contenido de las sesiones que se propone surge de la consulta de manuales especializados en terapia psicológica y psicopatología y en combinación con la adaptación a un formato grupal. Con todo ello, se esperan buenos resultados de la aplicación del programa sustentado por la existencia de programas de intervención similares en cuanto a la formulación de los objetivos o la población diana.

Programas como *A tí, mujer*, focalizados en mejorar la situación de exclusión social de las víctimas del sistema prostitucional, han mostrado buenos resultados en las mujeres participantes en relación al restablecimiento del área social, adoptando actividades destinadas a la mejora de la autoestima y las habilidades sociales y comunicativas similares al presente programa (A tí, mujer, 2021).

Por otro lado, el programa de Vaca-Ferrer et al., (2020) en formato grupal, dirigido a la rehabilitación psicológica en mujeres que han experimentado situaciones de violencia física y psicológica en la pareja ha mostrado una disminución significativa del malestar psicológico de las participantes, mediante el uso de estrategias de psicoeducación y activación conductual, entre otras.

Además, se resalta la efectividad de APRAMP el cual lleva ofreciendo asistencia psicosocial a mujeres víctimas de trata, explotación o prostitución en España desde 1984. Este programa comparte dos de las áreas de intervención, la psicológica y la social, con el presente programa. No obstante, su principal objetivo es la intercepción de nuevos casos y la intervención durante el proceso de salida.

Respecto a la viabilidad del programa, se presupone una factibilidad alta pues ha sido ideado atendiendo a una reducción presupuestaria máxima en cuanto al uso de materiales y recursos manteniendo la calidad terapéutica. A su vez, la conformación de los grupos de intervención es bastante reducida, 8 mujeres aproximadamente, lo que favorece la organización y la atención personal de forma simultánea.

En relación a las limitaciones del programa, se considera de especial relevancia la aplicación de los instrumentos de evaluación seleccionados. Se recurrió al uso de 5 escalas que pudiesen calibrar las diferencias entre el inicio del programa, la mitad del mismo y 6 meses después desde la última sesión de intervención. Sin embargo, la *Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA: Evers, 1989)*, el *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II: Beck et al., 1966)* y *Adaptación de la Escala de Estigma de VIH (Berger et al., 2001)* suponen ciertos problemas en la cuantificación de la eficacia.

La ASA fue desarrollada originariamente en inglés, su segunda versión en español fue adaptada y validada para población clínica colombiana. Por esta razón, los resultados de su aplicación podrían resultar sesgados a consecuencia de la falta de validaciones en muestras más heterogéneas de habla hispana (Díaz et. al., 2016). Por ello, se recomienda asistir en la cumplimentación del cuestionario para poder paliar cualquier problema de comprensión que pudiera surgir.

En cuanto a las propiedades psicométricas del BDI-II han demostrado una eficiencia óptima en la intercepción de sintomatología depresiva en diversas muestras. No obstante, la limitación que presenta este instrumento se ubica en la interpretación de sus resultados. En su adaptación al español, no se incluye información relativa al funcionamiento diferencial de los ítems ni tampoco a la baremación en cuanto a sexo o edad (EFPA, 2013).

Por último, la inexistencia de instrumentos que pudiesen evaluar la disminución del estigma de mujeres prostituidas exigió la adaptación de un instrumento que pudiese ser compatible con este fin, la Escala del Estigma de VIH. Así, se opta por adecuar esta escala a la semántica relacionada con la prostitución y el sistema prostitucional. Este hecho supone una barrera considerable en la medición del objetivo puesto que no se contará con una validación empírica y fiable a pesar de que su versión original sí cuenta con buenas propiedades psicométricas (Varas-Díaz, 2008).

No obstante, se cuenta con el uso de las escalas EGEP-V y EMASP las cuales han mostrado buenos resultados en la administración en diversos tipos de muestras compatibles con la del programa que se presenta.

Referencias

- A tí, mujer. (2021). *Servicios*. [Servicios | A tí Mujer \(atimujer.org\)](http://Servicios | A tí Mujer (atimujer.org))
- Aguayo, P. y Calderón, M. J. (2020). ¿Qué hay de malo en la prostitución? *Veritas*, (47), 9-30. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732020000300009>
- Andressa, P. (2021). Depresión y Riesgo de Suicidio en Trabajadoras Sexuales. *Gaceta Médica Boliviana*, 44(2), 139-147. <https://doi.org/10.47993/gmb.v44i2.354>
- Asensi, L.F., Flores, E. y Nevado, K. (2023). Evaluación pericial psicológico-forense del trastorno por estrés postraumático complejo en víctimas de violencia de género. *Revista Española de Medicina Legal*. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2023.09.001>
- Asociación Askabide. (2008). *Perfil de clientes de prostitución en Bizkaia*. Mensajero.
- Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención a la Mujer Prostituida. (2023). *Qué hacemos*. Qué hacemos – APRAMP
- Ballesteros, O.O.A., y Acosta, D. (2020). *Determinación De Factores Psicosociales De Riesgo Que Inciden En La Práctica De La Prostitución En Trabajadoras Sexuales*

De San Gil, Santander. [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Bucaramanga].

Beck, A., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1966). *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Pearson.

Berger, B.A., Ferrans, C.E. y Lashley, F.R. (2001). Measuring stigma in people living with HIV: Psychometric assessment of the HIV Stigma Scale. *Research in Nursing & Health*, 24, 518–529.

Bonavitta, Paola. (2020). Cuidados (invisibles) y cuerpos para otros. Un estudio de caso de mujeres de Córdoba, Argentina. Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe, 17(2), e43759
<https://doi.org/10.15517/c.a.v17i2.43759>

Buedo, P. (2024). Cuerpos en venta y vidas robadas. El ejercicio de la prostitución en España. *FEMERIS: Revista Multidisciplinar de Estudios de Género*, 9 (1), 89-97.
<https://doi.org/10.20318/femeris.2024.8343>

Capa, S. (2023). La prostitución en España y su limbo normativo: ¿Estado proxeneta o abolicionismo utópico? *Dos Mil Tres Mil*, 25, 1–35.
<https://doi.org/10.35707/dostresmil/25379>

Clemente, C. (2020). El estigma psicológico del estigma de prostituta. *RELIES: Revista del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de las Sexualidades*, (4), 152-172 <https://doi.org/10.46661/relies.5106>

Cobo, R. (2017). *La prostitución en el corazón del capitalismo*. Los Libros de la Catarata.

Crespo, M., Gómez, M. y Soberón, C. (2017). *Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5)*. TEA Ediciones.

De Miguel, A. (2015). *Neoliberalismo Sexual. El mito de la libre elección*. Cátedra.

Díaz, V. L., Vargas, K. C., Gutiérrez, Y. P., Villegas, T. R., & Wong, I. S. (2016). Validación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, para población con enfermedad crónica. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, (31), 12.

Dirección General de Igualdad y del Instituto de las Mujeres. (2021). *Programa ALBA*.
[Programa Alba - Institut de les dones - Generalitat Valenciana \(gva.es\)](https://www.gva.es/programa-alba)

- European Federation of Psychologist Association. (2013). *Evaluación del Inventario BDI-II*. [Archivo PDF].
- Evers, G. C. M. (1989). *Appraisal of Self-Care Agency: A.S.A.-Scale*. Van Gorcum.
- Goffman, E. (1963). *Estigma, la identidad deteriorada*. Amorrortu Editores.
- Jiménez, M. L. (2022). Políticas de Igualdad de Género e Interseccionalidad: estrategias y claves de articulación. *Convergencia*, 49. <https://doi.org/10.29101/crcs.v29i0.17792>
- Leiva, V., Cubillo, K., Porras, Y., Ramírez, T., Sirias, I. (2016). Validación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, para población con enfermedad crónica. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 31, 1-18. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i31.25486>
- Linehan, M. M. (2005). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Paidós.
- Manrique-Abril, F., Fernández, A., y Velandia, A. (2010). Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichan*, 9(3), 222-233
- Martín, A. (2022, 26 de Mayo). La prostitución en España: cuántos hombres pagan por sexo y qué zonas concentran una oferta cada vez más digital. RTVE. [Las cifras de la prostitución en España \(rtve.es\)](https://www.rtve.es/noticias/20220526/la-prostitucion-en-espana-cuantos-hombres-pagan-por-sexo-y-que-zonas-concentran-una-oferta-cada-vez-mas-digital/)
- Martínez, L. y Martínez, S. (2022). VIH y prostitución: Acercamiento desde entidades de la Mesa Técnica de Prostitución de la Comunidad de Madrid. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 10(26), 30-34.
- Martín-Romo, L., Sanmartín, F. J., & Velasco, J. (2023). Invisible and stigmatized: A systematic review of mental health and risk factors among sex workers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 148(3), 255-264. <https://doi.org/10.1111/acps.13559>
- Matrángolo, G., Simkin, H., & Azzollini, S.C. (2022). Evidencia de validez de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP) en población adulta Argentina. *CES Psicología*, 15(1), 163-181. <https://doi.org/10.21615/cesp.6009>

- McQuaid, J. (2020). Entender los efectos psicológicos de la trata de personas con fines de explotación sexual para fundamentar la prestación de servicios. *Revista Migraciones Forzadas*, (64), 37-39. <http://hdl.handle.net/10045/108249>
- Médicos del Mundo. (2023). Una salida a la prostitución. *Una salida a la prostitución | Médicos del Mundo* (medicosdelmundo.org)
- Meneses-Falcón, C., & Urío, S. (2021). La trata con fines de explotación sexual en España - Trafficking for the Purpose of Sexual Exploitation in Spain: ¿Se ajustan las estimaciones a la realidad? *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (174), 89–108. <https://dx.DOI>
- Mingorance, L. (2015). *Los efectos del estigma de la prostitución en la mujer*. [Tesis de pregrado, Universitat de les Illes Balears].
- Ministerio de Igualdad. (2022). *Plan operativo para la protección de los derechos humanos de mujeres y niñas víctimas de trata, explotación sexual y mujeres en contextos de prostitución (2022-2026)* [Archivo PDF]. [Plan Camino DEF19092022.pdf](http://Plan_Camino_DEF19092022.pdf) (igualdad.gob.es)
- Miranda, A. M. (2017). Ana de Miguel, Neoliberalismo sexual. El mito de la libre elección. *Diánoia*, 72(78).
- Molina, A. (2018). El régimen jurídico de la prostitución y sus diferentes modelos ideológicos. *Revista Crítica Penal y Poder*, (15), 130-149.
- Passos, T. S., Ramos, N. C., y Oliveira, C. (2018). Vulnerabilidad para SIDA en mujeres que ejercen la prostitución en Sevilla. *Gênero & Amp; Direito*, 7(1). <https://doi.org/10.22478/ufpb.2179-7137.2018v7n1.38975>
- Paz, K. M. (2022). Nivel de estigma, adherencia al tratamiento y resiliencia en pacientes con VIH del Hospital Enrique Garcés. *Revista Ecuatoriana de Psicología*, 5(11), 28-42.
- Ranea-Triviño, B. (2021). Una mirada crítica al abordaje de la prostitución: reflexiones sobre la abolición. *Gaceta Sanitaria*, 35(1), 93-94, <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.016>

Real Academia Española. (s.f). Prostitución. En Diccionario de la lengua española. Recuperado en 25 de Marzo de 2024, de [prostitución | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE](#)

Sánchez, P. (2020). *Cartografías del estigma de la prostitución, dimensión estructural, refracciones y vivienda individual*. [Tesis de doctorado, Universidad Carlos III de Madrid]. Dialnet.

Sanz, J., Perdigón, A.L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventaruo para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clinica y Salud*, 14(3), 249-288.

Vaca-Ferrer, R., García, R. F., & Valero-Aguayo, L. (2020). Eficacia de un programa de intervención grupal con mujeres víctimas de violencia de género en el marco de las terapias contextuales. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 36(2), 188-199.

Varas-Díaz, N., Neilands, T. B., Guilamo-Ramos, V., & Bou, F. N. C. (2008). Desarrollo de la escala sobre el estigma relacionado con el VIH/SIDA para profesionales de la salud mediante el uso de métodos mixtos. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 19, 183.

Zimet, D., Dahlem, W., Zimet, S. y Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2