

**Validez de Contenido de un Modelo Psicoeducativo para la Promoción de la Salud
de Trabajadoras Sexuales en Bogotá.**

Natalia Cortes Rodríguez

Sophia Alejandra Garzón Gaitán

Yaris Michelle López Martínez

Lisa Liseth Olaya Aldana

Asesor

John Alexander Castro Muñoz Ph.D.

Universidad Piloto de Colombia

Tesis de Grado

Pregrado en Psicología

2025

Tabla de Contenido

Resumen	2
Palabras clave:	3
Abstract	3
Keywords:	4
Introducción	4
Justificación	13
Planteamiento del Problema	18
¿Por qué es socialmente relevante las mujeres trabajadoras sexuales?	20
Pregunta problema.....	23
Objetivos	24
Objetivo General	24
Objetivos Específicos	24
Marco Teórico	25
Cuidado de la Salud Física	25
Maternidad	40
La promiscuidad	45
Estigmatización Social (Prejuicio, Estereotipos, Actitudes)	49
Indicadores de Desajuste Psicosocial	57
Depresión	59
Pobreza.....	60
Aislamiento Social	61
Violencia	61
Discriminación	61
Inestabilidad Laboral	61
Inseguridad Habitacional	62
Acceso Limitado a Servicios de Salud Mental	62
Desintegración del Tejido Social	62

Bienestar.....	65
Relaciones Interpersonales	74
Relaciones Saludables y no Saludables	76
Marco Metodológico.....	78
Diseño	79
Instrumentos y técnica de análisis	79
Plan de análisis (Cuantitativo).....	79
Técnica de recolección de información.....	80
Nivel de análisis del lenguaje	80
Procedimiento	81
Resultados	83
Discusión y Conclusiones.....	86
Implicaciones teóricas	89
Implicaciones Metodológicas	89
Vacíos y Limitaciones	90
Referencias	94
Anexo	110

Resumen

La investigación se orientó a crear un producto que aborda factores que inciden en el bienestar integral de las mujeres trabajadoras sexuales en Bogotá, población que enfrenta exclusión, estigmatización y vulnerabilidad social, afectando su calidad de vida.

Este trabajo se justifica en la importancia de generar estrategias que fortalezcan su autonomía y autocuidado; contribuyendo a la superación de visiones moralistas y reduccionistas que han limitado el ejercicio pleno de sus derechos.

El problema central del estudio identificó la ausencia de modelos psicoeducativos que contemplen los factores que inciden en el bienestar de las trabajadoras sexuales desde una perspectiva psicosocial. La revisión teórica reconoce cómo diversos factores generan desajuste psicosocial, evidenciados en altos niveles de malestar, mientras que las relaciones interpersonales funcionan como fuentes de apoyo en su contexto.

El presente estudio adoptó un diseño cuantitativo que permitió validar el contenido de la guía psicoeducativa a través del juicio de expertos, asimismo, se incluyó en la técnica el recurso de entrevista semiestructurada, con el fin de evaluar claridad, coherencia y pertinencia cultural de los componentes, obteniendo resultados que confirmaron dichos criterios.

Los resultados reflejan la validez y pertinencia de la creación de una guía psicoeducativa que integre diferentes componentes, mientras que la discusión enfatiza que esta guía ofrece una contribución significativa al campo de la psicología, proponiendo un producto dirigido al bienestar integral de las mujeres que ejercen el trabajo sexual.

Palabras clave: Promoción de salud, guía psicoeducativa, trabajadoras sexuales, bienestar.

Abstract

The research focused on creating a product that addresses factors that influence the integral well-being of women sex workers in Bogotá, a population that faces exclusion, stigmatization, and social vulnerability, affecting their quality of life. This work is justified by the importance of generating strategies that strengthen their autonomy and self-care, contributing to the overcoming of moralistic and reductionist views that have limited the full exercise of their rights.

The central problem of the study identified the absence of psychoeducational models that consider the factors that influence the well-being of sex workers from a psychosocial perspective. The theoretical review recognizes how various factors generate psychosocial imbalance, evidenced in high levels of distress, while interpersonal relationships function as sources of support in their context.

The present study adopted a quantitative design that allowed the content of the psychoeducational guide to be validated through expert judgment; likewise, the technique included the use of a semi-structured interview to assess clarity, coherence, and cultural relevance of the contents, obtaining results that confirmed these criteria.

The results reflect the validity and relevance of creating a psychoeducational guide that integrates different components, while the discussion emphasizes that this guide offers a significant contribution to the field of psychology by proposing a product aimed at the integral well-being of women who engage in sex work.

Keywords: Health promotion, psychoeducational guide, sex workers, well-being.

Introducción

El trabajo sexual continúa siendo una de las actividades más estigmatizadas y marginadas socialmente, pese a consolidarse como una práctica históricamente presente en las dinámicas sociales y económicas. Según Caicedo (2021), se define como la prestación de servicios sexuales a cambio de una retribución económica, mediada por acuerdos entre la persona que los ofrece y quien los demanda. Intercambio que se desarrolla bajo fuertes juicios morales que asocian esta práctica con la pérdida de valor personal, lo que ha contribuido a su deslegitimación social.

En Colombia, las mujeres que ejercen el trabajo sexual enfrentan una serie de condiciones estructurales que vulneran su bienestar físico, mental y social como, por ejemplo, la exclusión, la falta de acceso a servicios básicos y la discriminación, componentes que generan barreras de información y atención integral afectando consecuentemente a su calidad de vida (Perdomo et al., 2024). Según Gómez (2022), las condiciones que atraviesan las trabajadoras sexuales como la pobreza, la discriminación y la violencia, generan vulnerabilidad social lo que actúa directamente sobre su calidad de vida, su salud física, mental y en su posibilidad de acceder a servicios de cuidado como, instituciones de salud o centros médicos.

A partir del análisis del autor, podemos identificar como, por un lado, la estigmatización genera discriminación y temor hacia la búsqueda de atención, deteriorando su bienestar emocional. De igual manera, la pobreza y la precariedad laboral las obliga a aceptar condiciones inseguras de trabajo y limita su acceso a cuidados continuos incrementando el estrés. Por otro lado, la exclusión institucional y las barreras en los servicios de salud, dificultan el proceso oportuno a intervenciones adecuadas y culturalmente pertinentes, seguido a esto, se han documentado niveles de sufrimiento emocional y condiciones psicosociales adversas que

consisten en discriminación laboral, estigma social, miedo sistemático a la violencia y ausencia de redes de apoyo, lo que también llega a generar ansiedad, preocupación por el futuro y un sentimiento de vulnerabilidad emocional en las mujeres (Betancurth et al., 2024).

Además, existe un vacío importante en el diseño y validación de modelos psicoeducativos adaptados a sus necesidades específicas. En el caso de Bogotá, se identificaron que el 100% de una muestra de 10 trabajadoras sexuales presentan riesgo psicosocial en diferentes áreas de su vida laboral como, por ejemplo, en las condiciones de su entorno, las demandas emocionales y la falta de apoyo organizacional. Estos hallazgos evidencian niveles elevados de estrés laboral, lo que muestra una necesidad urgente de desarrollar modelos psicoeducativos pertinentes, actualmente no contemplados por programas existentes (Ramírez et al., 2021).

Según el informe de caracterización de mujeres trabajadoras sexuales realizado por la secretaria Distrital de la Mujer (2023), el 80% de las trabajadoras sexuales afirmaron desempeñar esta labor por necesidad económica, mientras que un 20% lo hizo al no contar con otra alternativa de ingreso, el 80% tiene hijos, lo que demuestra que gran parte de esta población combina su rol de proveedoras con el de cuidadoras principales, a ello se le suman altos niveles de discriminación: el 38% ha sido objeto de expresiones humillantes o discriminatorias, especialmente en el espacio público y por parte de clientes o transeúntes. Estas experiencias de exclusión no solo afectan su salud mental, pues el 47,7% manifiesta sentimientos de tristeza, sino que también inciden en su autopercepción, su sentido de dignidad y su capacidad para ejercer maternidades saludables y libres de violencia (Secretaria Distrital de la Mujer, 2023).

La información disponible evidencia un número reducido de estudios e intervenciones orientadas a mejorar la calidad de vida de las mujeres que ejercen el trabajo sexual, particularmente lo relacionado con la salud mental, el cuidado físico y el bienestar general. Sin embargo, aunque existen aproximaciones relevantes, la literatura muestra que estas suelen ser aisladas. Insuasti (2025), identifica altos niveles de violencia, discriminación y estrés laboral, pero señala la ausencia de intervenciones específicas para reducir estos riesgos; de manera similar, un estudio sobre prácticas de autocuidado en trabajadoras sexuales colombianas evidencia que, pese a la adopción de estrategias individuales para proteger su salud, persisten barreras estructurales y un vacío en programas de apoyo psicológico formal.

Finalmente, investigaciones cualitativas sobre estigma en el sistema de salud muestran que la discriminación institucional limita el acceso a servicios adecuados y profundiza el malestar emocional, sin que existan intervenciones psicoeducativas sostenidas para enfrentar esta problemática (Albarracín et al., 2024). En conjunto, estos hallazgos refuerzan que, a pesar de algunos aportes en la literatura, la producción científica y los modelos psicosociales dirigidos a este grupo continúan siendo escasos.

A pesar de identificar la relevancia de estos temas, la literatura encontrada no desarrolla de forma integral estrategias de apoyo psicoeducativas que contemplen el ejercicio del rol materno, el cuidado de la salud física, las relaciones interpersonales, así como el desafío de trabajar en condiciones de estigmatización (Caicedo, 2021). Esta ausencia limita la capacidad de contar con la evidencia que permita formular programas adaptados a las realidades de estas mujeres, lo que perpetua las brechas estructurales de género, salud y derechos (Amaya, 2023). La necesidad de implementar intervenciones que reconozcan sus experiencias, respeten su autonomía y promuevan su bienestar integral se hace cada vez más evidente y necesaria, no solo

para favorecer su calidad de vida, sino para avanzar en la generación de conocimiento acerca de la práctica de este trabajo y en cómo afecta a las trabajadoras sexuales.

El presente estudio abordó un análisis integral orientado a incluir en una guía psicoeducativa enfocada en los factores identificados en la literatura que inciden en la calidad de vida y el bienestar integral de las mujeres trabajadoras sexuales. En primer lugar, se expone la *justificación*, donde se fundamenta la relevancia social y académica de la investigación, destacando la necesidad de generar estrategias psicoeducativas que promuevan el bienestar integral. Seguidamente, en el *planteamiento del problema*, se identifica la limitada orientación psicoeducativa y las barreras estructurales y sociales que dificultan el acceso a servicios de salud y apoyo emocional.

Asimismo, el *marco teórico* presenta los principales referentes conceptuales y estudios previos que sustentan la inclusión de los componentes, permitiendo establecer los fundamentos necesarios para el desarrollo de la guía psicoeducativa. La *metodología* describe el diseño que se implementó, cómo se evaluaron los componentes y los procedimientos empleados para la recolección y análisis de la información, asegurando la rigurosidad del proceso investigativo.

Finalmente, los *resultados* exponen los hallazgos más relevantes derivados del análisis, mientras que la *discusión* permite interpretar dichos resultados a la luz del marco teórico, identificando implicaciones y limitaciones que tiene la guía psicoeducativa elaborada.

La *justificación* de esta investigación buscó comprender la experiencia de las trabajadoras sexuales en relación con los factores que afectan su salud y bienestar, proponiendo una herramienta psicoeducativa orientada a la promoción de la salud integral y su validación de contenido en Bogotá.

La evidencia mostró altas prevalencias de depresión, ansiedad y estrés, asociadas a la pobreza, la violencia y la estigmatización social, factores ampliamente documentados en la literatura reciente sobre salud mental en trabajadoras sexuales (Footer et al., 2022). En respuesta, la guía psicoeducativa integró componentes como el cuidado de la salud física, la maternidad, la estigmatización, los indicadores de desajuste psicosocial, el bienestar y las relaciones interpersonales. Su validación buscó garantizar rigurosidad científica y pertinencia cultural, aportando a la psicología y al bienestar integral de esta comunidad.

En *el planteamiento del problema*, se identificó que, en Colombia, las trabajadoras sexuales constituyen una población histórica y estructuralmente excluida cuya salud mental, bienestar físico y reconocimiento social se ven afectados por diversos factores socioculturales. Aunque la evidencia documenta elevados niveles de sufrimiento psicosocial, persiste un vacío en el diseño y validación de modelos psicoeducativos ajustados a sus necesidades contextuales (Sanabria, et al., 2024).

Las intervenciones existentes se han centrado mayoritariamente en la prevención de enfermedades de transmisión sexual o en atención médica básica, sin abordar de forma integral los determinantes psicosociales que perpetúan situaciones de malestar en su cotidianidad. Este enfoque limitado ha dejado por fuera dimensiones como la salud mental, el bienestar, la maternidad o la estigmatización social, pese a su importancia en esta población. Por ello, se requiere un modelo que articule estos componentes y brinde una respuesta integral que trascienda lo biomédico, incorporando las realidades psicosociales y culturales que configuran su bienestar cotidiano (UNAIDS, 2022).

El estudio es viable por la disponibilidad de metodologías de validación de contenido (juicio de expertos y procedimientos psicométricos) y por la posibilidad de acceso a la población a través de un acercamiento directo con ellas. Además, la propuesta se enmarca en obligaciones éticas y normativas como la Ley 1090 de 2006 y las directrices de Atención Primaria en Salud y Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para dar evidencia de estas situaciones de vulneración y los vacíos que persisten en la orientación psicoeducativa, así como en las barreras estructurales y sociales que inciden en su bienestar.

En consecuencia, la investigación aporta en dos direcciones: por un lado, aporta para construir y validar un modelo psicoeducativo pertinente para la promoción de salud integral en trabajadoras sexuales, y, por otro lado, para el fortalecimiento del reconocimiento de su bienestar integral, maternidades y estrategias de cuidado, contribuyendo a intervenciones más eficaces, culturalmente pertinentes y sostenibles.

Asimismo, en el *marco teórico*, se realizó una revisión de antecedentes a nivel de la literatura, con el propósito de identificar los principales factores que inciden en la salud, el bienestar y las condiciones psicosociales de las mujeres trabajadoras sexuales. Este proceso permitió reconocer cómo los determinantes estructurales, sociales y culturales influyen en su calidad de vida. Los hallazgos recopilados constituyen la base teórica para sustentar la propuesta de una guía psicoeducativa orientada al fortalecimiento del bienestar integral y la inclusión social de esta población.

Por otra parte, el *cuidado de la salud física* la literatura lo describe como un proceso integral que involucra conductas orientadas a la prevención de enfermedades y la promoción del bienestar. Desde la psicología de la salud, se reconoce la importancia de hábitos saludables como

la alimentación adecuada, el descanso, la actividad física y la gestión del estrés. Sin embargo, en las trabajadoras sexuales estas prácticas se ven obstaculizadas por la exclusión social, la violencia estructural y el acceso limitado a los servicios de salud, factores que afectan directamente su bienestar físico y mental (Matarazzo, 1980; Oblitas, 2008; OPS, 2021).

Por otro lado, la *maternidad* en el contexto del trabajo sexual se entiende como una experiencia atravesada por tensiones sociales, económicas y simbólicas. Las mujeres deben equilibrar su rol de cuidadoras con el de proveedoras en entornos adversos, desafiando los ideales tradicionales impuestos por la moral dominante. Esta maternidad se configura como una práctica de resistencia, autonomía y supervivencia, donde el cuidado y el afecto se expresan como estrategias reales para proteger a sus hijos frente a la exclusión (Gómez y Correa, 2022).

El *estigma social*, por su parte, constituye uno de los principales factores de vulnerabilidad para las trabajadoras sexuales. Desde la perspectiva de Goffman (1963), el estigma se entiende como un proceso simbólico que legitima la exclusión mediante estereotipos y prejuicios sociales. Este fenómeno se refleja en discursos moralizantes que las califican como inmorales o peligrosas, restringiendo su acceso a servicios básicos y derechos fundamentales. Además, el estigma impacta profundamente su salud mental, generando sentimientos de vergüenza, ansiedad y desesperanza, y perpetuando la exclusión institucional y social (Andrade y Fernández, 2018; Melo et al., 2019; Perilla, 2023).

Con relación a esto, la literatura identifica el *desajuste psicosocial* como una consecuencia directa de las condiciones de discriminación, violencia y pobreza que enfrentan estas mujeres. Este concepto alude a la alteración del equilibrio emocional y relacional, manifestada en indicadores como la *depresión*, la *ansiedad* y el *estrés crónico*, los cuales afectan

su salud mental y calidad de vida (OMS, 2022; Shannon et al., 2015). Investigaciones nacionales e internacionales evidencian altos niveles de *riesgo psicosocial* en esta población, asociados a la ausencia de redes de apoyo y a la precariedad laboral (Platt et al., 2018; Romero y Murcia, 2022).

De igual manera, el *bienestar* se concibe como un estado integral y dinámico que abarca las dimensiones física, mental, emocional y social de la vida humana. En el caso de las mujeres trabajadoras sexuales, este adquiere un significado particular, atravesado por la desigualdad, la precariedad y la estigmatización. Alcanzar el bienestar implica ejercer autonomía sobre su cuerpo y trabajo, construir redes de apoyo y lograr reconocimiento y dignidad en contextos de exclusión (Rada et al., 2021). En este sentido, las *relaciones interpersonales* desempeñan un papel clave, y, reconocer el valor de estos vínculos es esencial para formar relaciones saludables que promuevan su bienestar, autonomía y calidad de vida (Clark y Lemay, 1972; Toro, 2020).

Dando continuidad, en el marco metodológico, se incluyen el diseño, los instrumentos y el plan de análisis, desde el cuál se desarrolló una guía psicoeducativa fundamentada en la promoción de la salud y bienestar, cuya validez de contenido fue evaluada por jueces expertos.

La investigación adoptó un diseño cuantitativo, orientado a evaluar la validez de contenido de una guía psicoeducativa dirigida a trabajadoras sexuales. Desde el análisis cuantitativo se desarrolla un estudio de corte psicométrico que emplea la estrategia de validación por jueces expertos, siguiendo los lineamientos metodológicos propuestos por Montero y Leon (2007,2008,2018,2022), estableciendo criterios sistemáticos para valorar la pertinencia, claridad y coherencia de los componentes que conforman la guía, este tipo de investigaciones

corresponde al desarrollo tecnológico, enfocadas en la creación y fortalecimiento de herramientas aplicadas e implementadas en el ejercicio profesional.

Complementariamente, se realizó una verificación de la adecuación lingüística de la guía con el fin de asegurar que la forma en que se presentan los contenidos sea cultural y socialmente pertinente. Para el análisis de validez de contenido se empleó el Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) de Hernández – Nieto (2002), siguiendo las recomendaciones de Balbinotti (2004) y Balbinotti et al. (2007), lo que permitió cuantificar el nivel de acuerdo entre jueces y establecer los ítems que debían ajustarse.

El proceso de validación del modelo psicoeducativo evidencio niveles de concordancia moderados y altos (CVC: 0.69 - 0.88), confirmando su validez de contenido. Las observaciones cualitativas de los expertos resaltaron la pertinencia del modelo y recomendaron simplificar el lenguaje y fortalecer la coherencia conceptual. A partir de ello, se optimizó la estructura de la guía, consolidando una herramienta culturalmente pertinente para la promoción del bienestar en mujeres que ejercen el trabajo sexual.

Por último, los resultados permitieron identificar la necesidad de desarrollar materiales psicoeducativos que respondan a la necesidad de salud integral de las trabajadoras sexuales, considerando dimensiones físicas, emocionales y sociales. La validación del modelo representa un aporte al campo de la psicología (Messick, 1995). Este equilibrio permite entender la validación no solo como un proceso técnico, sino también como un acto ético orientado a la equidad y al reconocimiento de las trabajadoras sexuales. De esta manera, la presente investigación contribuye a llenar un vacío teórico y práctico en torno a la salud mental y el

bienestar de las trabajadoras sexuales, ofreciendo una herramienta con fundamento y pertenencia cultural.

Metodológicamente, la investigación evidencia la importancia de garantizar claridad, coherencia y pertinencia en la construcción de material psicoeducativo, mientras que en la práctica ofrece una herramienta útil para fortalecer habilidades personales, sociales, reducir la estigmatización y generar espacios seguros de apoyo, contribuyendo a intervenciones más seguras y contextualizadas para esta población (Vargas y Martínez, 2023).

Justificación

La presente investigación responde a una necesidad social la cual consiste en conocer la experiencia de las trabajadoras sexuales en torno a los factores que inciden en su salud y su bienestar. Para ello se propone un modelo psicoeducativo en el que se examine su validez de contenido para la promoción de la salud integral de las trabajadoras sexuales en Bogotá. Esta población, enfrenta múltiples formas de exclusión y vulneración de derechos que afectan directamente su salud mental, física y su bienestar general, ya que suelen experimentar barreras en el acceso a la educación, la salud y el empleo, así como discriminación estructural y social que profundiza las desigualdades (CEPAL, 2022).

Por ejemplo, en Colombia, el DANE (2023) reportó que más del 40 % de los hogares pertenecientes a comunidades vulnerables se encuentran en situación de pobreza multidimensional, lo que limita sus oportunidades de desarrollo integral; además, la Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) evidenció que poblaciones en condiciones de exclusión presentan mayores prevalencias de síntomas de depresión y ansiedad, asociados al estrés crónico y a la violencia estructural. Estos datos reflejan

cómo la falta de garantías efectivas de derechos no solo compromete la calidad de vida, sino que incrementa riesgos psicosociales que perpetúan ciclos de desigualdad y vulnerabilidad. A través del análisis e integración de variables clave como la salud mental, desajuste psicosocial, bienestar, estigmatización social, maternidad, relaciones interpersonales y el cuidado de la salud física, esta propuesta se construye en una mirada compleja e interdisciplinaria que permite justificar científica, ética y políticamente el desarrollo de esta investigación.

Al ahondar en los detalles de la evidencia empírica disponible, esta señala un significativo desajuste en la salud mental de mujeres que ejercen el trabajo sexual en contextos de vulnerabilidad, manifestando en una elevada prevalencia de depresión, ansiedad, estrés postraumático e ideación suicida; sintomatología psicológica en mujeres que ejercen el trabajo sexual en contextos de vulnerabilidad. Por ejemplo, estudios internacionales reportan que el 41,8 % presenta síntomas depresivos, el 21 % trastornos de ansiedad y el 22,8 % ha manifestado ideación suicida reciente (Platt et al., 2018). En el caso del contexto colombiano, las cifras son significativamente superiores. Por ejemplo, Sanabria-Mazo et al. (2024) hallaron una prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos del 23,3 % en adultos, evidenciando una desproporcionada carga emocional y psicosocial en las trabajadoras sexuales. Esta disparidad confirma la existencia de estos indicadores de desajuste psicosocial, donde confluyen factores estructurales como la pobreza, la discriminación, la violencia de género, la exclusión institucional y la inseguridad habitacional (Fitzpatrick et al., 2022; Romero y Murcia, 2022).

El impacto de estas condiciones sobre el bienestar psicológico y físico es amplio y multidimensional. Las trabajadoras sexuales no solo enfrentan la estigmatización pública y profesional, sino que también deben sostener redes afectivas, familiares y económicas bajo condiciones extremadamente adversas. La maternidad, en este contexto, se convierte en una

experiencia profundamente tensionada por los discursos morales, patriarcales y conservadores que excluyen a estas mujeres del ideal de “buena madre”, invisibilizando sus estrategias de cuidado, afecto y supervivencia (Acién y Resina, 2023). Validar un modelo psicoeducativo que contemple estas realidades implica reconocer y legitimar formas diversas de maternidad que han sido históricamente silenciadas y patologizadas. Asimismo, permite generar orientaciones psicoeducativas que favorezcan el ejercicio de la maternidad en condiciones de mayor acompañamiento y cuidado.

En paralelo, el cuidado de la salud física representa otra dimensión afectada en esta población. Las condiciones de vida asociadas al trabajo sexual como inseguridad alimentaria, sueño inadecuado, exposición a violencia física y enfermedades comprometen significativamente la salud corporal y agravan la vulnerabilidad general (Figuerola et al., 2023; OPS, 2021). Desde una perspectiva de salud conductual (Matarazzo, citado en Cerezo y Hurtado, 2011), se requiere intervenir sobre los inmunógenos y patógenos que inciden en los estilos de vida. La validación de contenido del modelo que los contempla como uno de sus componentes, busca garantizar que las estrategias propuestas sean culturalmente pertinentes, científicamente fundamentadas y capaces de generar cambios sostenibles en los comportamientos de autocuidado y protección.

Además, el estigma social constituye una variable transversal que amplifica todas las demás. La discriminación basada en estereotipos negativos sobre el trabajo sexual, tal como lo evidencia la literatura respecto a las mujeres trabajadoras sexuales, limita el acceso a servicios de salud, justicia, vivienda y educación, y deteriora la autoestima, la percepción del rol materno y la posibilidad de construir una identidad digna (Goffman, 1963; Perilla-Domínguez, 2023). En consecuencia, el modelo propuesto debe y busca incorporar estrategias específicas para la

desestigmatización, la resignificación identitaria y el empoderamiento psicosocial, que por lo tanto mejoran la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, p X).

El cumplimiento de la función orientadora para la cual se construye esta guía requiere de aproximaciones metodológicas que garanticen el cumplimiento de su función. Al respecto, una aproximación a la evaluación de sus contenidos a partir de la estrategia de validez de contenido con base en criterios científicos, éticos y contextualmente relevantes contribuye a ello (Montero y Leon, 2007).

Desde el plano normativo, político y ético, esta propuesta se alinea con la Ley 1090 de 2006, la cual establece en el Artículo 13 que

“el presente Código Deontológico y Bioético... está destinado a servir como regla de conducta profesional, en el ejercicio de la psicología en cualquiera de sus modalidades, proporcionando principios generales que ayuden a tomar decisiones informadas”.
(Congreso de la República de Colombia, 2006).

También concuerda con los principios del Artículo 2º, que destacan la competencia profesional:

“Los psicólogos... se registrarán por los siguientes principios universales: ...
Competencia. El mantenimiento de altos estándares de competencia será una responsabilidad... reconocerán los límites de su competencia... se mantendrán actualizados en los avances científicos y profesionales”. (Congreso de la República de Colombia, 2006).

Asimismo, corresponde con la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, cuyo propósito explícito es:

“orientar el desarrollo de las acciones sectoriales, e intersectoriales, en materia de sexualidad y garantía del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS)”. (Ministerio de la Protección Social, 2010).

Esta convergencia normativa refuerza que la intervención es científicamente fundamentada, social y culturalmente respetuosa, y está orientada al bienestar integral del usuario.

Finalmente, la literatura científica coincide en que los modelos psicoeducativos validados logran mayor efecto en términos de comprensión, adherencia y transformación personal y colectiva (Escudero & Bolívar, 2020). Experiencias exitosas como la Fundación Oblatas en Murcia, España, han demostrado que modelos con validez de contenido pueden reducir la exposición a riesgos, mejorar el bienestar subjetivo y fortalecer redes comunitarias (Cadena SER, 2024). De manera semejante, estudios recientes en educación sexual han utilizado estrategias de validez empírica, como la validación cualitativa de contenido a través de entrevistas y grupos de discusión, lo que evidencia la pertinencia de este tipo de procedimientos metodológicos para garantizar la adecuación cultural y social de las intervenciones (Gómez et al., 2023). En este sentido, validar el contenido del presente modelo no solo constituye una garantía metodológica, sino una condición ética y política indispensable para contribuir a la dignificación, protección y salud de una de las poblaciones más invisibilizadas del país.

Por tanto, esta investigación se apoya en términos de pertinencia social, rigurosidad científica, necesidad ética y relevancia normativa, y busca aportar no solo al campo de la psicología comunitaria y la salud pública, sino también a la construcción de un enfoque más justo, inclusivo y humanizado de la intervención en contextos de alta vulnerabilidad estructural.

Planteamiento del Problema

En Colombia, las trabajadoras sexuales constituyen una población históricamente excluida, enfrentando múltiples formas de vulnerabilidad estructural que afectan su salud mental, bienestar físico y reconocimiento social. Factores como la estigmatización, la pobreza, la violencia de género, la precariedad laboral y la exclusión de servicios institucionales impactan profundamente su calidad de vida y dificultan el acceso a intervenciones en salud adecuadas y culturalmente pertinentes (Organización Mundial de la Salud [OMS]; Platt et al., 2018 2023). Aunque diversos estudios han documentado los altos niveles de sufrimiento emocional y condiciones psicosociales adversas que afectan a esta población (Romero y Murcia, 2022; Sanabria-Mazo et al., 2024), existe un vacío importante en el diseño y validación de modelos psicoeducativos adaptados a sus necesidades específicas.

Este vacío se hace más crítico al constatar que gran parte de las intervenciones existentes en el país están enfocadas en la prevención de infecciones de transmisión sexual o en el acceso médico básico, sin abordar de forma estructurada los determinantes psicosociales que perpetúan el desajuste mental y social. La falta de modelos validados con juicio de expertos y adecuados al contexto sociocultural de las trabajadoras sexuales ha sido señalada por investigaciones recientes como una de las principales limitaciones para lograr impactos sostenibles en su bienestar (Johnson et al., 2022). En este sentido, se evidencia la necesidad de desarrollar un modelo

psicoeducativo integral y validado, que articule variables como la salud mental, el autocuidado físico, las relaciones interpersonales, la maternidad no normada y la reducción del estigma, desde un enfoque ético y comunitario.

La viabilidad del estudio está respaldada por la existencia de metodologías reconocidas para la validación de contenido, como el juicio de expertos y los procedimientos psicométricos establecidos (Escobar y Cuervo, 2008). Además, el acceso a la población objeto es posible gracias a la articulación con organizaciones sociales en Bogotá, como RedTraSex y la organización YMCA, que ofrecen puentes de confianza y cooperación en sectores como Santa Fe. Por otro lado, el estudio se enmarca en las obligaciones éticas del ejercicio profesional del psicólogo, conforme a la Ley 1090 de 2006, así como en las directrices de la Atención Primaria en Salud y la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, lo que refuerza su coherencia institucional.

El aporte de esta investigación es doble. En primer lugar, contribuirá al campo científico con la construcción y validación de un modelo psicoeducativo adaptado al contexto de las trabajadoras sexuales, que podrá ser utilizado en entornos comunitarios como herramienta de promoción de salud mental y física. En segundo lugar, representa un avance en el reconocimiento de los derechos humanos de esta población, al visibilizar sus formas de maternidad, cuidado y resistencia, y al proponer estrategias basadas en evidencia para su bienestar. Este modelo permitirá desarrollar intervenciones más eficaces, culturalmente pertinentes y sostenibles, fortaleciendo tanto las capacidades individuales como los vínculos comunitarios, y constituyéndose en una herramienta aplicable para profesionales de la salud mental, organizaciones sociales e instituciones públicas comprometidas con una atención diferencial y digna.

¿Por qué es socialmente relevante las mujeres trabajadoras sexuales?

La relevancia social de las mujeres trabajadoras sexuales se inscribe en un marco más amplio de luchas por la equidad, el reconocimiento de los derechos humanos y la dignidad de los cuerpos históricamente estigmatizados. Este colectivo ha sido atravesado por siglos de exclusión institucional, invisibilización normativa y violencia estructural. No obstante, continúa siendo protagonista de múltiples debates contemporáneos sobre género, clase, sexualidad y derechos laborales. Reconocer a las trabajadoras sexuales como sujetos políticos implica no solo visibilizarlas, sino también interpelar críticamente las normas sociales que dictan qué cuerpos y qué trabajos merecen protección jurídica.

Según el artículo de María Concepción Gimeno-Presa (2018), el principal obstáculo para el reconocimiento de las trabajadoras sexuales como sujetos de derechos no es jurídico, sino ético. La autora argumenta que negar el carácter laboral de su oficio equivale a imponer una visión moralizante de la sexualidad, lo cual lesiona directamente la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos. Así, al no reconocer el trabajo sexual como trabajo, se les niega a estas mujeres el acceso a derechos fundamentales como la seguridad social, la atención médica y la protección contra la violencia.

En Colombia, esta problemática se materializa en escenarios como el barrio Santa Fé en Bogotá. De acuerdo con el artículo de Vanessa G. Ríos, publicado en el libro del Semillero de Representaciones Sociales de la Universidad Nacional (2019), las mujeres que ejercen el trabajo sexual en esta zona lo hacen en un contexto de ambigüedad legal. Aunque existe una "zona de tolerancia", esta no implica reconocimiento institucional ni garantías jurídicas, lo que las deja en un limbo en el que enfrentan extorsiones, violencias institucionales y acceso limitado a servicios básicos. El trabajo de Ríos también señala que las representaciones sociales sobre estas mujeres

están atravesadas por prejuicios de género y clase, lo cual justifica la persistente negación de sus derechos (Ríos, 2019).

Una mirada desde la antropología, como la presentada en el artículo *Las de arriba y las de abajo* publicado por la Universidad de los Andes (2014), permite comprender cómo el trabajo sexual no solo se desarrolla en contextos físicos, sino también simbólicos. En este estudio se muestra que, dentro de un mismo edificio donde se ejerce el trabajo sexual, existen jerarquías espaciales y simbólicas. Las mujeres trans, racializadas o mayores suelen ser relegadas a los pisos inferiores o menos visibles, mientras que otras mujeres, percibidas como “más aceptables” socialmente, ocupan los pisos superiores. Esta metáfora espacial evidencia cómo el trabajo sexual revela jerarquías sociales en torno al cuerpo y la legitimidad (Universidad de los Andes, 2014).

A su vez, la criminalización del trabajo sexual impacta de manera directa la salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (2024), penalizar esta actividad dificulta que las mujeres puedan acceder a servicios médicos sin miedo a ser estigmatizadas o perseguidas, lo que aumenta los riesgos de transmisión de infecciones de transmisión sexual. En esta misma línea, la despenalización ha demostrado ser una estrategia efectiva para mejorar las condiciones de salud, ya que permite mayor control sobre el uso del condón, acceso a pruebas diagnósticas y educación sexual. Es decir, reconocer a las trabajadoras sexuales no solo beneficia a este grupo, sino que también tiene implicaciones positivas para la sociedad en su conjunto.

Las ideas expuestas anteriormente sobre la exclusión social, el estigma y la necesidad de reconocimiento jurídico y social de las trabajadoras sexuales encuentran eco en investigaciones realizadas en otros contextos internacionales, como el caso de España. El artículo de Mora y

Haddock (2025), centrado en trabajadoras sexuales cis y trans en el Área Metropolitana de Barcelona, refuerza la idea de que el estigma asociado al trabajo sexual no es un fenómeno aislado de América Latina, sino una construcción social global, sostenida por normativas que invisibilizan a estos sujetos y perpetúan la desigualdad. La comparación entre estos contextos evidencia cómo la marginalización se manifiesta de manera estructural, especialmente hacia mujeres trans, y cómo las trabajadoras sexuales desarrollan estrategias de resistencia frente a la exclusión, lo que complementa y fortalece los argumentos previamente planteados sobre la urgencia de su reconocimiento como sujetas de derechos.

En su estudio, Mora y Haddock (2025) destacan que el trabajo sexual es atravesado por múltiples dimensiones de desigualdad, como la clase social, el género y la nacionalidad, las cuales configuran formas complejas de estigmatización y exclusión. A través de entrevistas en profundidad con trabajadoras sexuales, los autores muestran cómo las mujeres trans, en particular, enfrentan un nivel más elevado de discriminación y violencia, incluso dentro del mismo circuito laboral. El artículo señala que “las trabajadoras sexuales trans son leídas desde una ‘hipervisibilización’ que, paradójicamente, conlleva a su marginación social” (Mora & Haddock, 2025, p. 13). Además, subrayan que el estigma no solo afecta la percepción pública, sino que se traduce en condiciones de precariedad material, inseguridad jurídica y barreras para acceder a derechos básicos como la salud y la vivienda. Frente a esto, las trabajadoras sexuales desarrollan formas colectivas de resistencia, como redes de cuidado mutuo y alianzas comunitarias, que reafirman su agencia y su lucha por el reconocimiento institucional (Mora & Haddock, 2025).

En cuanto a la organización colectiva, muchas trabajadoras sexuales han construido redes de apoyo y resistencia que buscan transformar sus condiciones. Colectivos como Hetaira, en

España, han sido fundamentales para articular discursos que defienden el trabajo sexual como una opción válida y exigir garantías jurídicas en lugar de políticas prohibicionistas o punitivas (Colectivo Hetaira, s. f.). Estas experiencias muestran que las trabajadoras sexuales no solo son receptoras de políticas públicas, sino también sujetas activas en su construcción.

En definitiva, las mujeres trabajadoras sexuales son socialmente relevantes porque su lucha visibiliza fallas estructurales de nuestras democracias. Su exclusión revela los límites de los derechos humanos cuando están mediados por el estigma y la moral. Reconocerlas es una cuestión de justicia social que implica superar los discursos punitivos y garantizar una ciudadanía plena, en la que todas las formas de trabajo y de existencia puedan ser vividas con dignidad.

¿Cómo diseñar y validar un modelo psicoeducativo integral, culturalmente pertinente y basado en evidencia, que contribuya a la salud mental, el autocuidado físico y el empoderamiento de las mujeres trabajadoras sexuales en contextos de exclusión social, estigma y ausencia de reconocimiento jurídico en Colombia?

Pregunta problema

¿Cómo diseñar y validar un modelo psicoeducativo y basado en evidencia para mejorar el bienestar integral, la salud física, la maternidad y las relaciones interpersonales de las trabajadoras sexuales en contextos de exclusión y estigma en Colombia?

Objetivos

Objetivo General

Diseñar y validar un modelo psicoeducativo orientado a la promoción de la salud integral y el bienestar de mujeres trabajadoras sexuales en Bogotá, mediante un proceso de evaluación cuantitativa que garantice su pertinencia conceptual, cultural y social.

Objetivos Específicos

Comprender e integrar los componentes de salud física, bienestar emocional, maternidad, relaciones interpersonales y afrontamiento del estigma en mujeres trabajadoras sexuales, a partir de la revisión teórica y el análisis de necesidades, para fundamentar la elaboración de una guía psicoeducativa orientada a la promoción de la salud integral y el bienestar.

Objetivo de Validación de Pertinencia Conceptual

Evaluar la pertinencia conceptual de la guía psicoeducativa mediante juicio de expertos, con el fin de determinar si los contenidos incluidos responden adecuadamente a las necesidades reales y características de las mujeres trabajadoras sexuales en Bogotá.

Objetivo de Validación de Claridad

Evaluar la claridad de los contenidos de la guía psicoeducativa mediante juicio de expertos, con el fin de identificar si la información es comprensible, precisa y fácil de interpretar para la población destinataria.

Objetivo de Validación de Coherencia

Evaluar la coherencia interna de la guía psicoeducativa mediante juicio de expertos, con el fin de analizar si los apartados, mensajes y componentes mantienen una lógica adecuada y una articulación consistente entre sí.

Objetivo de Validación de Relevancia

Evaluar la relevancia de los contenidos de la guía psicoeducativa mediante juicio de expertos, con el fin de establecer si los temas abordados son prioritarios, significativos y útiles para la promoción del bienestar de las mujeres trabajadoras sexuales.

Objetivo de Validación de Adecuación Cultural

Evaluar la adecuación cultural de la guía psicoeducativa mediante juicio de expertos, con el fin de asegurar que los contenidos, el lenguaje y los ejemplos sean sensibles, respetuosos y apropiados para el contexto sociocultural de las mujeres trabajadoras sexuales en Bogotá.

Marco Teórico

Cuidado de la Salud Física

El cuidado de la salud requiere una comprensión amplia de las conductas humanas, ya que estas inciden directa o indirectamente en el bienestar físico de las personas. Actualmente, se reconoce que muchas enfermedades están estrechamente relacionadas con los estilos de vida, lo que ha dado lugar a un enfoque conductual en el ámbito de la salud. Desde esta perspectiva, se identifican dos tipos de comportamientos: los patógenos, como fumar, consumir alcohol o llevar una vida sedentaria, los cuales aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades; y los inmunógenos, que comprenden hábitos saludables como la práctica regular de ejercicio, una

alimentación balanceada y el manejo adecuado del estrés, los cuales reducen significativamente dicha probabilidad. En este marco, la psicología de la salud se presenta como una disciplina clave, ya que aplica conocimientos científicos y técnicas de intervención psicológica para comprender y modificar estos comportamientos, abordando los procesos de salud y enfermedad desde una visión integral.

Además, el cuidado de la salud no se limita a la atención médica, sino que incluye acciones preventivas organizadas en tres niveles: la prevención primaria, que se orienta a reducir factores psicosociales que favorecen la aparición de enfermedades, como el estrés crónico, la pobreza o el aislamiento social; la prevención secundaria busca detectar precozmente los síntomas de una enfermedad para facilitar un diagnóstico oportuno y evitar su progresión; por último, la prevención terciaria se enfoca en mejorar la calidad de vida de quienes ya han sido diagnosticados, promoviendo su rehabilitación, la reinserción social y laboral, y la prevención de recaídas. A su vez, la promoción de la salud complementa estos niveles al fortalecer la autonomía de las personas, fomentando estilos de vida saludables y sostenibles que impacten positivamente en su bienestar integral (Oblitas, 2008).

Con este concepto resumido anteriormente es importante mencionar la incursión del referente clave en el cuidado de la salud desde la perspectiva conductual de Joseph Dominic Matarazzo, quien en la década de 1980 realizó importantes aportaciones en el campo de la medicina conductual. Este autor definió la salud conductual como una subespecialidad interdisciplinaria relacionada con el mantenimiento de la salud, la prevención de enfermedades y la reducción de disfunciones en personas aparentemente sanas. Matarazzo, introdujo los conceptos inmunógenos conductuales, entendidos como las conductas protectoras y saludables, y

patógenos conductuales, es decir, los factores de riesgo que puedan propiciar el desarrollo de enfermedades.

A partir de esto, propuso un conjunto de prácticas estrechamente asociadas a la salud física, como dormir entre siete y ocho horas, desayunar regularmente, evitar comer entre comidas, mantener un peso corporal adecuado, no fumar, consumir poco o nada de alcohol y realizar actividad física constantemente. Además, resaltó la importancia de analizar los estilos de vida como modelos de conducta que impulsan acciones dirigidas a mantener y promover la salud. Asimismo, incorporó el concepto de salutogénesis; este se centra en los factores que apoyan la salud y el bienestar, en lugar de aquellos que causan la enfermedad. El enfoque busca entender cómo las personas manejan el estrés y permanecen saludables, identificando el sentido de coherencia como un recurso clave para mantener la salud (Antonovsky, 1979).

En el cuidado de la salud, el papel del estrés ha sido ampliamente reconocido como un factor que influye tanto en la aparición como en el desarrollo de numerosas enfermedades. El médico Hans Selye fue pionero en introducir este concepto desde una perspectiva psicobiológica, al definir el estrés como una respuesta del organismo ante un estímulo o estresor, siendo esta reacción de carácter inespecífico y vinculada a un esfuerzo adaptativo frente a las demandas del entorno. Uno de los elementos centrales de estos estilos de vida es precisamente la cantidad de estrés que las personas deben enfrentar. Se diferencian dos tipos de estrés: el eu- estrés que facilita respuestas eficaces y se asocia al bienestar, y el di- estrés que genera tensión, sufrimiento y deterioro físico y emocional. A lo largo del siglo XX, se ha identificado el estrés como un componente relevante del malestar subjetivo y como elemento causal de una gran variedad de enfermedades. En este sentido, los estilos de vida adquieren un papel protagónico, pues

representan la forma en cada individuo piensa, siente y actúa en su vida cotidiana, influido por factores como el trabajo, las relaciones interpersonales, las creencias o el entorno social.

Siguiendo con esta idea, es importante comprender que el sentido actual del cuidado de la salud física implica analizar cómo este concepto ha evolucionado a lo largo del tiempo, influido por diferentes cosmovisiones, contextos culturales y avances científicos. En sus orígenes, la salud era entendida casi exclusivamente en relación con la enfermedad, lo que generaba una visión dicotómica y limitada que dificultaba distinguir claramente entre ambas condiciones. Sin embargo, con el desarrollo del conocimiento médico y de las ciencias sociales, esta concepción ha ido transformándose progresivamente. Hoy en día, la salud se concibe como un estado de bienestar integral que no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que incluye la calidad de vida, la funcionalidad del individuo y su capacidad para desenvolverse satisfactoriamente en distintos ámbitos de la vida cotidiana.

Los primeros registros históricos del concepto de salud se encuentran en la medicina ayurvédica, considerada uno de los sistemas curativos más antiguos de la humanidad. Este enfoque, con más de 5.000 años de antigüedad, surge de las raíces filosóficas védicas de la India y plantea una visión holística del ser humano, integrando cuerpo, mente y espíritu como elementos inseparables en el mantenimiento de la salud. Su influencia ha sido profunda y duradera, extendiéndose a otras tradiciones médicas como la medicina griega antigua y la medicina tradicional china, las cuales también adoptaron enfoques que reconocen la interacción entre factores físicos, emocionales y espirituales. Esta evolución histórica ha permitido enriquecer la concepción actual de la salud, que reconoce la importancia de factores tanto individuales como sociales, enmarcando el bienestar dentro de una perspectiva multidimensional (González y Pérez, 2015).

Con la aparición de diversas culturas a lo largo del tiempo, el concepto de salud física ha experimentado transformaciones en función de las perspectivas de cada sociedad. En la antigua China, por ejemplo, la salud se fundamentaba en la teoría del Ying y el Yang, donde el equilibrio entre estas dos fuerzas opuestas determinaba el bienestar del individuo. En contraste, en la medicina griega, Hipócrates, en el siglo V a.C., introdujo la teoría de los cuatro humores (sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema), estableciendo que la salud dependía del balance adecuado de estos fluidos en el cuerpo (Portes, 1999).

Este enfoque predominó durante siglos en la medicina occidental y solo comenzó a cambiar con el avance de la anatomía y la fisiología en la época del Renacimiento. Con la llegada de la era moderna, se produjo una transformación significativa en la comprensión de la salud física gracias al desarrollo de la medicina. Durante la Revolución Científica del siglo XIX, se logró un avance significativo con la identificación de los microorganismos como agentes causantes de enfermedades, lo cual permitió comprender que la salud está vinculada con la ausencia de patógenos (González y Pérez, 2015).

En 1948, la Organización Mundial de la Salud definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades (World Health Organization 1948). Décadas más tarde, este enfoque fue retomado y ampliado en declaraciones posteriores, como en la Carta de Ottawa donde se reafirmó la importancia de una visión integral del bienestar.

En las últimas décadas, el concepto de salud física ha seguido evolucionando con la integración de disciplinas como la psicología, la nutrición y la ciencia del deporte. Asimismo, la medicina del estilo de vida ha ganado relevancia, destacando la importancia de la actividad

física, la reducción del estrés y el sueño adecuado como factores clave para la prevención de enfermedades crónicas (Booth et al., 2012).

Actualmente, la salud física se entiende desde un enfoque holístico que incorpora tanto la biología como los determinantes sociales y conductuales de la salud. Con los avances en la tecnología y la medicina personalizada, el cuidado de la salud física ha pasado de ser un enfoque reactivo a uno preventivo e individualizado. Autores como Marmot (2005) han señalado la importancia de los factores sociales en la salud, desatancando cómo el entorno, la educación y las condiciones económicas influyen en el bienestar físico. También se considera que el término de salud, dentro de lo establecido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es algo transversal e interdependiente con las relaciones humanas y se establece como un derecho humano (Carrioni, 2024). De esta manera, el concepto de salud física continúa evolucionando, adaptándose a los desafíos del siglo XXI y promoviendo una visión integral del bienestar humano en la que se refleja un estado físico, social y psicológico que permite el logro de este ciclo de placidez.

En Colombia, el Estado es la entidad responsable de garantizar, regular y crear las condiciones de acceso para los ciudadanos frente a este servicio. Por ello, el Estado establece un rol de autoridad en el ámbito de la salud para el Ministerio de Salud y Protección Social, que se encarga de la formulación de políticas, estrategias y programas para orientar los recursos y acciones del sistema hacia el logro del acceso al servicio y mejoría en la calidad de este (Álvarez et al., 2023).

Según Basain y Valdés (2023), la salud física se define como el bienestar del cuerpo y el funcionamiento adecuado de los órganos, mediante actividad física, alimentación balanceada y

un adecuado estado de salud mental. En este sentido, el cuidado del sueño también influye en el estado general de la salud física y psicológica, ya que es un indicador de esta. No tener una calidad de sueño óptima puede generar afecciones médicas como el insomnio o la apnea (Miro, Cano Lozano y Buela Casal, 2005) Por ello, el cuidado de la salud física comprende el conjunto de acciones destinadas a fortalecer y mantener el organismo en condiciones favorables para la salud de los individuos.

La salud física y su cuidado se compone de factores como la alimentación, la prevención de enfermedades y la actividad física. Wallace (2005) establece que la salud física y su cuidado no solo tiene en cuenta la ausencia de enfermedades, sino también la capacidad del cuerpo para rendir en las tareas diarias, al respecto, se centra en la importancia de implementar un enfoque integral, donde la alimentación adecuada y el ejercicio son fundamentales para la prevención de patologías crónicas. Por ello, es pertinente mencionar las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), como las cardiovasculares, la diabetes tipo 2, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas. Estas patologías constituyen actualmente las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, representando aproximadamente el 75 % de todas las muertes globales. Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes son responsables del mayor porcentaje de muertes prematuras relacionadas con ENT.

Hablando específicamente desde las cifras, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2021, estas enfermedades provocaron al menos 43 millones de muertes, lo que representa el 75% del total de fallecimientos no atribuibles a pandemias en todo el mundo. En particular, las enfermedades cardiovasculares fueron responsables de al menos 19 millones de muertes; el cáncer le siguió con 10,3 millones, mientras que las enfermedades respiratorias

crónicas ocasionaron 4 millones de muertes, y la diabetes más de 2 millones, incluyendo decesos por nefropatía diabética. Estos cuatro grupos de enfermedades suman el 80% de todas las muertes prematuras debidas a enfermedades no transmisibles (ENT).

En Colombia, las ENT son responsables de aproximadamente el 76% de las muertes prematuras, siendo las enfermedades cardiovasculares la principal causa de mortalidad y morbilidad. En 2023, se registraron 265.047 defunciones en el país, con una tasa ajustada de 508 por cada 100.000 habitantes, según la metodología del Global Burden of Disease. Este panorama resalta la necesidad de implementar políticas públicas que promuevan hábitos de vida saludables y fortalezcan los sistemas de salud para la prevención y control de estas enfermedades.

Estos datos resaltan la necesidad de adoptar un enfoque integral que fomente una alimentación saludable y la realización regular de actividad física, ya que son medidas fundamentales para prevenir las ENT. Estas afecciones suelen estar relacionadas con factores de riesgo modificables como el sedentarismo, la mala alimentación, el consumo de tabaco y alcohol, así como con condiciones psicosociales desfavorables. A diferencia de las enfermedades infecciosas, las ENT tienden a desarrollarse de manera lenta, pero sostenida, afectando significativamente la calidad de vida de quienes las padecen y generando una alta carga económica y social para los sistemas de salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

Posteriormente, Wallace (2005) profundiza en el impacto del ejercicio físico sobre la longevidad y la calidad de vida. A través de estudios longitudinales, concluyó que la actividad física regular reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares, mejora la función metabólica y fortalece el sistema inmunológico. Además, el autor exploró cómo una dieta equilibrada contribuye al mantenimiento de la salud física, destacando la relación entre el consumo de macronutrientes, que son nutrientes que el cuerpo necesita en grandes cantidades para obtener

energía y mantener las funciones vitales -estos incluyen los carbohidratos, las proteínas y las grasas, cada uno con funciones específicas en el organismo (Whitney y Rolfes, 2019) y el rendimiento corporal.

Al respecto la evidencia reciente recomienda realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada, distribuidos en varios días, para obtener efectos sostenidos sobre la salud cardiovascular y metabólica. Asimismo, el consumo equilibrado de porciones—especialmente en relación con los carbohidratos, proteínas y grasas saludables—permite optimizar el funcionamiento del organismo y prevenir el exceso de peso, lo cual también incide positivamente en la calidad de vida (Wallace, 2015). Un estudio que apareció en *Nature Aging* en 2025, se enfocó en el uso de relojes epigenéticos para analizar cómo el ejercicio, los ácidos grasos omega-3 y la vitamina D influyen en el proceso de envejecimiento biológico. Los hallazgos indicaron que la combinación de estos elementos puede desacelerar el envejecimiento y disminuir el riesgo de desarrollar cáncer y fragilidad en personas mayores de 70 años (Bischoff et al., 2025).

Asimismo, un consenso internacional encabezado por la Universidad Pública de Navarra en 2025 resalta la necesidad de que la prescripción de ejercicio sea adaptada a cada persona y respaldada por evidencia científica. Se subraya la relevancia de implementar programas de ejercicio que combinen actividades físicas con tareas cognitivas para mejorar la resiliencia tanto física como mental, especialmente en la población de adulto mayor (Universidad Pública de Navarra, 2025).

A pesar de que Wallace (2005) subrayó la conexión entre la ingesta de macronutrientes y el desempeño físico, estudios más recientes han explorado este tema de manera más exhaustiva.

Por ejemplo, la nutrición adecuada en mujeres es fundamental para optimizar el rendimiento físico, preservar la salud ósea, y prevenir deficiencias nutricionales. Estudios recientes como los que se muestran a continuación han demostrado que la necesidad de macronutrientes en mujeres varía según el ciclo menstrual y las etapas de la vida, como la perimenopausia y la menopausia. Durante la fase lútea del ciclo menstrual, se incrementa la oxidación de proteínas, lo que puede justificar una mayor ingesta proteica. Asimismo, en mujeres mayores, se sugiere una ingesta de proteínas de 1.8 a 2.0 g/kg/día para contrarrestar la resistencia anabólica relacionada con la disminución de estrógenos (Reid et al., 2023).

A su vez, el consumo de carbohidratos de alta calidad, provenientes de frutas, verduras, legumbres y granos integrales, ha sido asociado con un envejecimiento más saludable. Uno de los estudios encontró que un aumento del 10% en la ingesta calórica proveniente de estos carbohidratos mejora los resultados de salud en mujeres de mediana edad (Zhou et al., 2024).

Respecto a los micronutrientes, las mujeres presentan mayor riesgo de deficiencias en hierro, calcio y vitamina D. La deficiencia de hierro, en particular, afecta entre el 15% y el 35% de las mujeres atletas, en comparación con un 3% a 11% en hombres, debido a pérdidas menstruales y mayores requerimientos fisiológicos (Thomas et al., 2022). Además, mantener una adecuada ingesta de calcio y vitamina D es esencial para prevenir fracturas por estrés, especialmente en mujeres deportistas (Thomas et al., 2022). Estas evidencias destacan la necesidad de adoptar estrategias nutricionales diferenciadas para mujeres, que consideren tanto las etapas hormonales como las demandas específicas del ejercicio físico.

Desde el punto de vista del monismo dual, se plantea que los aspectos mentales y físicos no son entidades diferenciadas, sino manifestaciones de una única realidad subyacente, esta

propuesta facilita una comprensión más integral de la salud (Varela, 1996). En el presente estudio, se adopta este enfoque para ofrecer una atención holística a la salud de las trabajadoras sexuales. Investigaciones recientes subrayan la relevancia de abordar simultáneamente la salud física y mental de este grupo, con el fin de mejorar su bienestar general. Por ejemplo, un estudio publicado en BMC Health Services Research resalta que las trabajadoras sexuales enfrentan una serie de problemas de salud interconectados y complejos, lo que enfatiza la necesidad de servicios accesibles y holísticos (Potter et al., 2022). Asimismo, una revisión sistemática en The Lancet Public Health pone de manifiesto la escasez de intervenciones que aborden de manera integral los determinantes de la salud en trabajadoras sexuales, revelando una importante faltante en la investigación y la práctica clínica (Johnson et al., 2022).

El estudio identificó un total de 20 intervenciones llevadas a cabo en países de altos ingresos, la mayoría de las cuales estaban dirigidas a trabajadoras sexuales femeninas que operan en la calle. Estas intervenciones se agruparon en diferentes componentes, incluyendo educación y empoderamiento, tratamiento de adicciones, atención en salud sexual y reproductiva, así como otros cuidados de salud y bienestar.

Se observó que las intervenciones que abordan múltiples componentes, especialmente aquellas centradas en la educación y el empoderamiento, mostraron resultados positivos en varios indicadores de salud mental, física y conductas saludables. Igualmente, se encontró que las intervenciones diseñadas y ejecutadas por pares resultaron ser efectivas, y se sugirió que incluir un componente de alcance o un centro de acogida podría ser ventajoso en ciertos contextos. Sin embargo, el estudio también destacó la falta de datos sobre trabajadores sexuales masculinos, transgénero y aquellos que prestan servicios en interiores, lo que señala una

necesidad urgente de desarrollar intervenciones que atiendan la diversidad de poblaciones de trabajadores sexuales y sus variadas necesidades de salud y sociales.

Desde esta perspectiva integral, es fundamental considerar también los aspectos sociales como elementos que contribuyen a la salud. Factores como el estigma, la violencia estructural, la precariedad económica y la exclusión social impactan no solo en la salud mental, sino también en la salud física de las trabajadoras sexuales. De esta forma, los determinantes sociales de la salud no deben verse como aspectos externos, sino como componentes esenciales del bienestar. Tal como lo indican Solar e Irwin (2010), los factores sociales influyen significativamente en las oportunidades de las personas para mantener su salud, lo que refuerza la necesidad de enfoques que integren lo físico, lo mental y lo social como dimensiones interdependientes del mismo proceso de salud y enfermedad. Estos datos comprenden que, las políticas de salud deben integrar áreas que pongan en consideración aspectos para atender de una mejor forma las necesidades de las trabajadoras sexuales.

El cuidado de la salud física genera beneficios a nivel físico como mental. Por un lado, la actividad física contribuye a prevenir enfermedades crónicas, mejorar la capacidad cardiovascular y muscular, y mantener un peso saludable. Por otro lado, Mendrales et al. (2021) indican que una rutina sistematizada de actividad física no solo fortalece la fuerza física, sino que también ayuda a mejorar la salud mental y la calidad de vida en general; esto se debe a que la actividad física regular promueve la liberación de neurotransmisores como la dopamina, la serotonina y las endorfinas, los cuales desempeñan un papel fundamental en la regulación del estado de ánimo, la motivación y la reducción del estrés. Investigaciones recientes indican que el ejercicio físico constante puede disminuir de manera significativa los síntomas de trastornos mentales comunes, como la depresión y la ansiedad.

Un metaanálisis publicado en *The British Journal of Sports Medicine* en 2023 destacó que la actividad física puede ser tan efectiva como ciertos tratamientos farmacológicos para la depresión leve a moderada, especialmente cuando se realiza de manera habitual (Smith et al., 2023). También, se ha comprobado que el ejercicio favorece una mejor calidad del sueño, disminuye la sensación de fatiga mental y potencia la función cognitiva, lo cual es crucial para prevenir el deterioro neuropsicológico relacionado con el envejecimiento. De igual manera se ha registrado una reducción en los niveles de cortisol -la hormona del estrés- después de sesiones de ejercicio moderado, lo que ayuda a lograr una mayor estabilidad emocional y un bienestar psicológico general.

Además, la actividad física favorece la oxigenación del cerebro, mejora la calidad del sueño y eleva los niveles de energía diarios, lo que, en conjunto, propicia una salud mental más sólida y una percepción optimista del bienestar general. Estas mejoras están vinculadas a una notable disminución de los síntomas de depresión y ansiedad, así como a un avance en la función cognitiva y en la calidad del descanso nocturno.

Según los mismos autores, practicar ejercicio de forma regular se relaciona con una mejor percepción de la salud y con una reducción del riesgo de obesidad y sarcopenia en personas mayores. La sarcopenia, que se define como la pérdida gradual de masa muscular y fuerza asociada a la edad, constituye un factor de riesgo para la dependencia funcional, las caídas y una calidad de vida óptima. En el marco del presente estudio, estos hallazgos están directamente relacionados con la prevención primaria, es decir, con el conjunto de estrategias destinadas a evitar la aparición de enfermedades o condiciones crónicas antes de que se desarrollen. Promover la actividad física como un hábito diario no solo previene el surgimiento de problemas físicos

como la obesidad y la sarcopenia, sino que también actúa como un factor protector frente a trastornos de salud mental como la depresión, el estrés crónico y el deterioro cognitivo.

En Colombia, a pesar de los esfuerzos institucionales por fomentar hábitos saludables, persisten desafíos significativos en la articulación de estrategias efectivas que involucren a todos los sectores pertinentes. Según Morales et al. (2018), la actividad física se ha incluido de manera limitada en las políticas públicas de atención primaria en salud, lo cual evidencia una fragmentación entre los diferentes actores responsables de su promoción. En su investigación, los autores identificaron que la falta de coordinación interinstitucional es un obstáculo importante que dificulta la implementación de programas eficientes y sostenibles que fomenten estilos de vida saludables. Adicionalmente, estos mismos autores señalan que el desconocimiento de programas gubernamentales existentes y la falta de recursos adecuados contribuyen a la baja adherencia a la práctica regular de actividad física en distintos grupos poblacionales, así como mecanismo de prevención, en la atención primaria en salud aún es limitada, se requieren estrategias intersectoriales más coherentes que faciliten su promoción de manera efectiva.

Para este punto, el cuidado de la salud física de las trabajadoras sexuales en contextos cercanos al del presente estudio —como en el caso de la ciudad de Medellín— ha evidenciado que puede verse afectado por múltiples factores relacionados con sus condiciones de vida y el acceso limitado a servicios de salud adecuados. Según Figueroa et al. (2023), las mujeres en situación de prostitución enfrentan riesgos constantes para su salud física debido a la exposición a infecciones de transmisión sexual, lesiones físicas producto de violencia, condiciones higiénicas inadecuadas y el uso frecuente de sustancias psicoactivas. A estos factores se suma la alimentación deficiente, que suele estar determinada por limitaciones económicas y falta de acceso a alimentos nutritivos, lo cual incrementa la vulnerabilidad a enfermedades crónicas y

deterioro general del estado físico (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

Mendrales et al. (2021), también destacan que la atención a la salud integral de esta población debe considerar, no solo la prevención de enfermedades, sino también la promoción de estilos de vida saludables, incluyendo una nutrición adecuada, ejercicio físico y entornos seguros para el autocuidado. Por tanto, comprender los determinantes sociales que inciden en estas condiciones, resulta clave para diseñar intervenciones eficaces y culturalmente pertinentes.

La calidad del sueño está estrechamente relacionada con la salud sexual y el bienestar psicológico. Cho y Duffy (2019) señalan que los trastornos del sueño, como el insomnio y la apnea obstructiva del sueño, afectan negativamente la función sexual tanto en hombres como en mujeres, debido a alteraciones hormonales, fatiga crónica y deterioro del estado de ánimo. Estos autores argumentan que la privación del sueño no solo reduce el deseo sexual, sino que también se asocia con mayores niveles de ansiedad, depresión y disfunción eréctil, lo que evidencia un vínculo bidireccional entre la calidad del sueño y el funcionamiento psicosocial. Por tanto, una higiene del sueño adecuada puede actuar como un factor protector para la salud mental y sexual.

Por su parte, Khastar et al. (2020) demostraron en un ensayo clínico con mujeres trabajadoras por turnos rotativos que las intervenciones para mejorar el sueño tienen efectos positivos en la calidad de vida sexual. Las participantes que recibieron estrategias para regular el ritmo circadiano y optimizar el descanso nocturno mostraron mejoras significativas en el deseo, la satisfacción y la frecuencia sexual, en comparación con el grupo de control. Este hallazgo resalta cómo los factores psicosociales —como el estrés laboral, la desincronización horaria y la fatiga— pueden incidir directamente en el bienestar íntimo. Además, sugiere que las intervenciones en salud ocupacional que consideren el sueño como un componente clave podrían tener beneficios integrales en la salud biopsicosocial de las mujeres.

En resumen, el cuidado de la salud física se entiende como un proceso integral que involucra la adopción de conductas saludables orientadas a prevenir enfermedades y promover el bienestar general. Desde la psicología de la salud, se reconoce que los hábitos cotidianos, como la alimentación equilibrada, la actividad física regular, el descanso adecuado y la gestión del estrés, son determinantes fundamentales del bienestar físico y mental (Matarazzo, 1980; Oblitas, 2008). Este enfoque concibe la salud no solo como ausencia de enfermedad, sino como un equilibrio dinámico entre cuerpo, mente y entorno social. En el caso de las mujeres trabajadoras sexuales, el cuidado de la salud física adquiere una relevancia particular, ya que sus condiciones de vida están marcadas por la exclusión social, la violencia estructural y el acceso limitado a servicios de salud. Factores como la mala alimentación, la exposición a infecciones, el consumo de sustancias y los trastornos del sueño afectan directamente su bienestar (OPS, 2021; Figueroa et al., 2023).

Por ello, promover la salud física en esta población implica reconocer los determinantes sociales que inciden en su cuerpo y su entorno, incorporando estrategias de autocuidado, nutrición, ejercicio y descanso desde un enfoque psicoeducativo. Este tipo de intervención favorece no solo la prevención de enfermedades, sino también la dignificación y el fortalecimiento de la salud de las trabajadoras sexuales.

Maternidad

El concepto de maternidad, tal como se construyó entre los siglos XVII y XIX, se enmarca en un modelo patriarcal, entendido como un sistema sociocultural en el cual los hombres detentan el poder y controlan los recursos económicos, políticos y simbólicos, mientras que a las mujeres se les asignan roles subordinados, especialmente vinculados al cuidado, la reproducción y la vida doméstica (Walby, 1990). En este contexto, la maternidad comenzó a

consolidarse como una función esencialmente femenina, definida por la abnegación y la entrega emocional hacia los hijos. Las narrativas religiosas y moralistas de la época reforzaron esta visión, promoviendo la idea de que ser madre no era solo un destino biológico, sino un mandato moral y espiritual que definía la identidad y el valor social de las mujeres (Pérez y Melgar, 2020). Así, el rol materno se convirtió en un pilar de control social sobre las mujeres, al tiempo que se invisibilizaban otras formas posibles de ejercer la maternidad o de construir una vida femenina fuera de estos límites.

A comienzos del siglo XX, la maternidad comenzó a entenderse como una función con implicaciones sociales y morales, considerándose relevante para el bienestar colectivo y la organización de la sociedad. En esta época, Freud (1905) posicionó a la madre como figura central en el desarrollo psíquico infantil, pero también la responsabilizó de sus posibles desviaciones, las cuales se convertirían en trastornos psíquicos. Asimismo, desde el enfoque psicoanalítico, se reconoce que el desarrollo psíquico del ser humano se constituye fundamentalmente en la infancia, etapa en la que se estructura la personalidad. De este modo, se sostiene que los procesos psíquicos que acompañan la vida adulta tienen su origen en los primeros años y que los eventos vividos en esta etapa pueden generar manifestaciones sintomáticas, si no son elaborados adecuadamente. En consecuencia, la personalidad se desarrolla en una serie de fases psicosociales: la etapa oral, centrada en la succión; la etapa anal, vinculada al control de esfínteres y la etapa fálica donde emerge el complejo de Edipo. Posteriormente, se atraviesan las fases de latencia y genitalidad, donde se consolidan las instancias psíquicas y se orienta el deseo hacia objetos externos a la familia (Acuña, 2018). Por lo tanto, las experiencias constitutivas de este desarrollo aportan en la explicación del rol materno.

Durante la segunda mitad del siglo XX, se normativiza la figura materna desde discursos médico- psicológicos que fijan sus funciones y responsabilidades. El discurso biomédico, junto con la teoría del apego de Bowlby, consolida la imagen de la buena madre como aquella que está presente, es sensible y completamente disponible para su hijo. Bowlby define el apego como una disposición biológica a buscar proximidad y contacto con una figura específica, siendo la presencia constante de esta figura la base para desarrollar un vínculo seguro (Gonzáles, 2020).

Ya hacia finales del siglo XX e inicios del XXI, emergen perspectivas críticas que cuestionan la maternidad como mandato esencial y sacrificial [entendiendo el sacrificio como la renuncia voluntaria pero socialmente impuesta a los propios deseos, necesidades y proyectos personales en favor del bienestar de los hijos (Rivera, 2001)]; y se comienza a desmitificar la noción del instinto materno, considerándola una herramienta de control social (Pérez y Melgar, 2020). En este nuevo marco, aparece la posibilidad de una maternidad elegida y diversa, desvinculada del sacrificio y el deber.

Finalmente, desde una perspectiva de salud global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2025), define la maternidad como un proceso integral que abarca la salud física y emocional de la mujer durante el embarazo, el parto y el posparto. Su objetivo es garantizar una experiencia positiva que promueva el bienestar tanto de la madre como del bebé.

La maternidad, en las sociedades occidentales, es una función social cargada de significados que responden a una construcción cultural profundamente arraigada en valores judeocristianos, discursos biomédicos y estructuras patriarcales. En este marco, se impone una visión hegemónica de la maternidad que define qué mujeres pueden ser consideradas “buenas madres”, condicionando este rol a ideales moralistas vinculados a la sexualidad controlada, el

amor romántico heterosexual y la monogamia. Así, cuando una mujer se sitúa fuera de este modelo normativo como ocurre con quienes ejercen el trabajo sexual es automáticamente excluida del imaginario occidental de la maternidad legítima. Como afirman Acién y Resina (2023), “interrogarse sobre el contenido de la maternidad es indagar en la naturalización de las consecuencias que tiene para las mujeres”, y una de esas consecuencias es la exigencia de castidad como símbolo incuestionable de una crianza adecuada.

Bajo esta lógica, la figura de la madre trabajadora sexual se convierte en una contradicción viviente. Se la despoja del derecho a ser reconocida como madre digna, bajo la premisa de que la sexualidad abierta es incompatible con el cuidado y la protección de la infancia. Sin embargo, la realidad es otra: muchas de estas mujeres, en condiciones de extrema vulnerabilidad, son las únicas proveedoras y cuidadoras de sus hijos e hijas, y eligen el trabajo sexual como una estrategia de supervivencia. En sus testimonios se resalta su fortaleza frente al estigma y la precariedad.

Documentan cómo muchas trabajadoras sexuales en Bogotá construyen maternidades activas y resilientes, que combinan la provisión económica con vínculos afectivos sólidos, desafiando los discursos sociales que las excluyen del rol materno (Acién y Resina, 2023).

La crianza es un proceso complejo que implica la transmisión de normas, valores, creencias, cuidado y afecto que permiten el desarrollo integral de los hijos dentro de un contexto familiar y social. Los roles parentales son las funciones y responsabilidades que asumen los padres o cuidadores principales en la formación y acompañamiento de sus hijos, e incluyen tareas relacionadas con la protección, la educación, la socialización y el desarrollo emocional.

Estos roles, sin embargo, no son estáticos; varían según factores históricos, culturales, económicos y personales, y se transforman con el tiempo en respuesta a los cambios sociales.

En el caso de las mujeres que ejercen el trabajo sexual, el ejercicio de la maternidad se encuentra atravesado por condiciones estructurales que influyen significativamente en sus prácticas de crianza. Factores como la pobreza, la exclusión social, la violencia de género, la falta de redes de apoyo, el estigma y la discriminación configuran un escenario adverso que condiciona su rol materno. Estas condiciones suelen obligarlas a priorizar la supervivencia económica sobre otros aspectos del cuidado, lo que puede generar tensiones entre sus responsabilidades familiares y laborales. Además, muchas enfrentan violencia por parte de sus parejas e incluso abusos sexuales, lo que afecta su bienestar emocional y limita su capacidad para ejercer una crianza adecuada.

El entorno social y cultural en el que crece un niño influye directamente en sus oportunidades de desarrollo. En este sentido, las trabajadoras sexuales suelen experimentar altos niveles de estrés al desempeñar simultáneamente el rol de madres y proveedoras económicas, y aunque son conscientes de los riesgos a los que están expuestos sus hijos, con frecuencia carecen de recursos personales y apoyo para afrontarlos adecuadamente. Asimismo, se enfrentan a una fuerte tensión entre el rol materno tradicional centrado en el cuidado del hogar y la crianza y el ejercicio de un trabajo socialmente estigmatizado, lo cual puede derivar en sentimientos de culpa, miedo al rechazo y dificultad para establecer vínculos seguros. (Eljaiek et al., 2019)

Según Eljaiek, García y Jinete (2019), muchas de estas mujeres no siguen un estilo de crianza definido, aunque se observa una tendencia a ejercer un modelo autoritario, en el que buscan mantener el control y la disciplina, evitando conductas permisivas. Esto responde al

deseo de ser percibidas como figuras de autoridad y contrarrestar el estigma social, pero puede derivar figuras de autoridad y contrarrestar el estigma social. Asimismo, deriva vínculos afectivos caracterizadas por el apego inseguro y una comunicación poco asertiva. Además, la delegación de responsabilidades parentales a terceros, la falta de pautas claras de corrección y recompensa, y la ocultación del trabajo sexual a los hijos dificultan el desarrollo de una relación materno filial sólida.

La promiscuidad

En los discursos sociales occidentales, el concepto de promiscuidad se asocia con una conducta sexual considerada excesiva, inapropiada o moralmente cuestionable. Se define como el mantenimiento de múltiples relaciones sexuales en un corto periodo de tiempo, fuera de un marco afectivo estable (Ortiz et al., 2023). Esta noción suele aplicarse sin matices a las mujeres que ejercen el trabajo sexual, invisibilizando que su actividad responde a dinámicas laborales y no a elecciones personales orientadas al placer o la afectividad. Es decir, aunque puedan tener múltiples encuentros sexuales, esto no configura promiscuidad en sentido estricto, sino el cumplimiento de un rol económico y social que no está basado en el deseo, sino en la supervivencia.

Específicamente, los imaginarios sociales en torno al trabajo sexual tienden a asociarse con representaciones hipersexualizadas y estigmatizantes, que refuerzan la idea de que estas mujeres son incapaces de ejercer una maternidad “adecuada” (Ávila, 2016). Esta representación entra en conflicto directo con los ideales hegemónicos de la maternidad en Occidente vinculados a la pureza sexual, el cuidado desinteresado y la estabilidad emocional lo que coloca a las trabajadoras sexuales en una posición simbólica de exclusión y contradicción. Sin embargo, muchas de estas mujeres sostienen prácticas de cuidado, contención emocional y provisión

económica que desmienten esas narrativas y configuran maternidades reales, aunque invisibilizadas.

El trabajo sexual en mujeres en situación de vulnerabilidad, especialmente aquellas que son madres cabeza de hogar, se configura como una opción limitada debido a su contexto económico y social. La falta de alternativas laborales formales, sumada a la pobreza extrema, las empuja a la prostitución como medio para garantizar la supervivencia y bienestar de sus hijos. Según León y Bustamante (2024), estas mujeres enfrentan un aislamiento económico que las obliga tomar decisiones difíciles para sustentar a sus familias, considerando el trabajo sexual como la opción más viable.

Este análisis muestra cómo la precariedad estructural coloca en un ciclo de dependencia económica, dificultando su acceso a trabajos formales y, en muchos casos reduciendo su capacidad para tomar decisiones laborales autónomas. En este sentido, ser madre y ejercer el trabajo sexual aparecen como identidades incompatibles.

En algunas culturas, ciertos comportamientos sexuales pueden ser considerados promiscuos, mientras que en otras no, lo cual evidencia su carácter subjetivo y condicionado por valores morales, normas de género y expectativas sociales, por lo tanto, en el contexto del trabajo sexual la promiscuidad se considera opuesta a la entrega y al cuidado que se espera de una madre dentro del modelo tradicional (Acien & Resina, 2023). Esta percepción se refuerza desde la mirada clínica, donde la promiscuidad ha sido asociada con riesgos sanitarios y desajustes afectivos. Esta visión, sin embargo, desconoce el contexto estructural que lleva a muchas mujeres ejercer el trabajo sexual como única salida económica.

Además, la estigmatización social es otro factor crítico que afecta tanto su bienestar emocional como la percepción que tiene sobre su maternidad. El juicio social hacia las trabajadoras sexuales está íntimamente relacionado con la imagen que se tiene de ellas como malas madres, lo que genera barreras invisibles que perpetúan la exclusión social y afectan la relación con sus hijos. Tal como lo expresan León y Bustamante (2024), las madres trabajadoras sexuales enfrentan dificultades para mantener el equilibrio entre su rol de proveedoras y cuidadoras. Este tipo de estigmatización también tiene implicaciones en la salud mental de las mujeres, al hacer que se sientan incomprendidas.

Esto pone en manifiesto cómo los discursos sociales hegemónicos sobre la maternidad chocan con las realidades vividas por estas mujeres, evidenciando la necesidad de problematizar las categorías morales que delimitan quién puede o no ser considerada una “buena madre”.

De nuevo la teoría bioecológica de Bronfenbrenner (1987) permite comprender los componentes del conflicto interno (y donde se ubican dentro del sistema de relaciones) que enfrentan muchas mujeres que ejercen el trabajo sexual, al tener que conciliar su rol de proveedoras económicas, a través de una actividad estigmatizada e incompatible con el rol de cuidadoras, según el modelo tradicional de maternidad. Esta teoría considera que el desarrollo humano está influenciado por múltiples sistemas ambientales interrelacionados que son el microsistema, el exosistema y el macrosistema. El microsistema, corresponde a las relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado. El mesosistema, comprende la interrelación entre dos o más entornos en los que la persona participa activamente, como la familia, el trabajo y la vida social; por lo tanto, este sería un sistema de microsistemas más amplio que se activa cuando la persona en desarrollo se enfrenta a un nuevo entorno. El macrosistema, se refiere a las correspondencias en contenido de los sistemas de

menor orden (micro, meso y exo), que podrían existir a nivel de una subcultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideologías se produce cuando la posición de una persona en el ambiente ecológico se modifica como consecuencia de un cambio de rol, de entorno o de ambos a la vez (Bronfenbrenner, 1987).

Este enfoque bioecológico permite entender que las decisiones de estas mujeres no son individuales, si no que están influenciadas por estructuras sociales, económicas y culturales que interactúan en múltiples niveles. Los diferentes niveles del entorno influyen en la resiliencia y bienestar de estas mujeres, el microsistema incluye las relaciones familiares y de cuidado; el mesosistema abarca las interacciones entre diferentes entornos inmediatos, como el trabajo; el exosistema considera las políticas laborales y de salud pública que afectan a las trabajadoras sexuales; y el macrosistema refleja las normas culturales y estigmas sociales relacionados con el trabajo sexual y la maternidad (Wanjiru et al., 2022).

La descalificación de su rol materno por parte de la sociedad añade barreras que intensifican su aislamiento y dificultan su desempeño dentro de los modelos familiares considerados tradicionalmente aceptables. Esta tensión constante entre el ejercicio de la maternidad y la percepción social negativa del trabajo sexual no solo limita el acceso a redes de apoyo y recursos institucionales, sino que también impactan directamente en la construcción de su identidad como madres, desafiando su bienestar emocional y su capacidad de ejercer una crianza basada en el afecto, la protección y el reconocimiento.

En resumen, se puede entender la maternidad en el contexto del trabajo sexual, como una experiencia marcada por tensiones sociales, económicas y simbólicas, en la que las mujeres deben conciliar su rol de cuidadoras con el de proveedoras, en condiciones muchas veces

adversas. Esta forma de ser madre no se ajusta a los ideales moralizantes tradicionales, sino que se configura como una práctica de resistencia, autonomía y supervivencia. Lejos de ser una contradicción, esta maternidad expresa estrategias reales de cuidado, afecto y protección, profundamente afectadas por factores estructurales como la pobreza, el estigma y la exclusión institucional.

Estigmatización Social (Prejuicio, Estereotipos, Actitudes)

El concepto de estigma tiene un origen antiguo que se remonta a la Antigua Grecia. La palabra estigma (en griego: στίγμα) hacía referencia a marcas corporales que se realizaban con fuego o cuchillas en la piel de individuos que eran considerados socialmente indeseables, como criminales, esclavos o traidores. Estas marcas visibles tenían un propósito explícito: señalar a estas personas como impuras, peligrosas o indignas de confianza, facilitando su discriminación, segregación y exclusión de la vida social normal. Este uso primitivo del estigma se relacionaba principalmente con prácticas de identificación y control social mediante señales visibles y permanentes (Goffman, 1963).

El significado del término evolucionó con el tiempo, y aunque la práctica física de marcar a las personas fue desapareciendo, la noción de estigma se mantuvo, especialmente en su dimensión simbólica. En la modernidad, el término fue resignificado y ampliamente desarrollado por Erving Goffman en su influyente obra *Estigma: La identidad deteriorada* publicada en 1963. Goffman fue el primero en sistematizar el concepto desde una perspectiva sociológica, convirtiéndolo en un tema central para el estudio de la interacción social y la identidad.

La estigmatización social es un fenómeno histórico y cultural que responde a dinámicas de poder, exclusión y control social. Se produce cuando ciertos grupos o individuos son

marcados y categorizados negativamente a partir de construcciones sociales que legitiman su discriminación y marginación.

Este proceso se mantiene y reproduce mediante estereotipos, prejuicios y prácticas discriminatorias, los cuales influyen directamente en la forma en que algunos colectivos son percibidos y tratados en la sociedad, limitando sus derechos y su participación plena.

Para Goffman, el estigma no reside intrínsecamente en el atributo o característica, sino en la relación entre ese atributo y un conjunto de estereotipos culturales ya existentes que se aplican de manera negativa a ciertos grupos o individuos. Como señalan Andrade y Fernández (2018), Goffman argumenta que el estigma constituye un proceso relacional en el cual la diferencia es socialmente construida y utilizada para justificar desigualdades de poder y acceso a recursos. Así, la estigmatización no es únicamente un fenómeno individual, sino un mecanismo estructural que se alimenta de las normas culturales y de las jerarquías sociales establecidas.

Fundamentando lo anterior y dando conexión con las trabajadoras sexuales, que es una población estigmatizada, de acuerdo con Perilla-Domínguez (2023), la estigmatización social de las trabajadoras sexuales se construye a partir de tres elementos fundamentales: los estereotipos, los prejuicios y las actitudes, los cuales refuerzan su marginación y discriminación. Mientras que los estereotipos establecen las bases para la percepción social negativa, los prejuicios constituyen juicios negativos y preconcepciones que genera rechazo hacia estas mujeres, basándose únicamente en su ocupación y no en su realidad individual.

Esta visión sesgada se traduce en discriminación estructural, dificultando su acceso a servicios de salud, justicia y protección social. También es importante mencionar que, las actitudes desempeñan un papel clave en la perpetuación del estigma. Entendidas como

disposiciones aprendidas para responder de manera favorable o desfavorable hacia un grupo, las actitudes negativas hacia las trabajadoras sexuales, influenciadas por estereotipos y prejuicios, refuerzan su poca visibilización y vulnerabilidad. Esto dificulta su integración y reconocimiento como sujetos de derechos, ya que la estigmatización social no solo proviene de la sociedad en general, sino también de las instituciones que deberían garantizar su bienestar (Perilla-Domínguez, 2023).

En este sentido, la permanencia de estos elementos en la sociedad perpetúa la exclusión y la violencia simbólica contra esta población. Las representaciones estereotipadas, los prejuicios internalizados y las actitudes discriminatorias generan un círculo vicioso que refuerza la marginación de las trabajadoras sexuales, restringiendo su autonomía y acceso a derechos fundamentales. Esto resalta la necesidad de construir dichas concepciones para avanzar hacia un enfoque más inclusivo y respetuoso de los derechos humanos, promoviendo cambios en las políticas públicas y en la percepción social sobre esta población.

Para entender de mejor manera el estigma social en la actualidad, es importante saber que este fenómeno ha sido muy investigado, tanto en la rama de la psicología como en las ciencias sociales, debido a las repercusiones en variables como la identidad, la autoestima y la integración de las personas dentro de la sociedad.

Investigaciones recientes como de Montañez y López (2020) y Pérez, Sánchez y Díaz-Loving (2008), han evidenciado que el estigma es un proceso de desvalorización social que afecta a personas o colectivos a partir de características atribuidas negativamente por la sociedad. Este proceso genera discriminación, exclusión y limita el acceso a derechos fundamentales, especialmente en poblaciones como las trabajadoras sexuales.

En el caso del trabajo sexual, el estigma se manifiesta en la manera como se construyen imaginarios sociales sobre estos cuerpos, considerados “indeseables” o “peligrosos”, lo que influye directamente en su marginación social e institucional (Montañez y López, 2020). Esta visión no solo afecta la percepción pública, sino que también impacta en el bienestar psicológico de quienes ejercen esta labor, generando sentimientos de vergüenza, culpa y baja autoestima (Pérez et al., 2008). Este impacto psicológico ha sido corroborado por Albarracín y Ariza (2024), quienes identificaron que muchas trabajadoras sexuales en Bogotá experimentan síntomas asociados a la ansiedad, la depresión y la autoimagen deteriorada, producto de las múltiples formas de discriminación que enfrentan en su cotidianidad. La investigación resalta cómo estas mujeres, al verse constantemente expuestas a prejuicios sociales y a prácticas institucionales excluyentes, terminan interiorizando el estigma, lo que limita su acceso a servicios de salud mental y refuerza dinámicas de autoexclusión. Así, el estigma no solo actúa como una barrera externa, sino que se convierte en un obstáculo internalizado que impide a estas mujeres reconocerse como sujetas de derechos, perpetuando su condición de vulnerabilidad.

Además, Borrero Rojas (2005) señala que esta estigmatización está vinculada con factores estructurales como el género, la clase y la moral dominante, lo que refuerza prácticas de exclusión desde las mismas instituciones encargadas de garantizar derechos. En consecuencia, el estigma se convierte en una barrera no solo social, sino también política y legal, que impide el pleno reconocimiento y protección de estas personas como sujetos de derecho.

Esto no solo influye en la percepción que se tiene a nivel público sobre estos grupos, también impacta su bienestar psicológico, generando sentimientos de culpa o vergüenza. Por ejemplo, un estudio realizado en Colombia (Herazo et al., 2023) evidenció que el estigma percibido hacia los trastornos mentales graves es elevado, tanto entre las personas que los

padecen como en sus familias y los profesionales de la salud mental. Esta percepción estigmatizante impacta negativamente en el acceso a servicios adecuados e integrales, limitando la atención oportuna y de calidad; y, se manifiesta en estos casos como la creencia de que las personas con enfermedad mental son juzgadas, rechazadas o discriminadas por la sociedad, lo que puede afectar su autoestima, confianza y bienestar.

La autoestima, o la interiorización de estereotipos negativos por parte de las propias personas afectadas, también representa una barrera significativa para la recuperación y el bienestar. Este proceso puede llevar a la negación y ocultamiento del problema, afectando la autoestima y dificultando la integración social y laboral (Rubio y Muñoz, 2024).

En 2005, Callejas y Piña analizaron cómo la estigmatización social actúa como un factor fundamental en la discriminación de la juventud. Señalaron que los jóvenes enfrentan limitaciones y cancelaciones de sus derechos debido a percepciones negativas y estereotipos, evidenciando la persistencia de patrones discriminatorios en diferentes contextos. Aunque su estudio se centró en la juventud, las dinámicas de estigmatización descritas son aplicables a otros grupos, incluyendo a las personas con enfermedades mentales. En 2010, Antonia Aretio Romero destacó la importancia de incorporar una perspectiva de género en el análisis del estigma asociado a la enfermedad mental. Reconoció que las mujeres pueden enfrentar formas adicionales de discriminación debido a roles y expectativas sociales de género. Además, subrayó la necesidad de intervenciones desde el trabajo social que consideren estas dimensiones para combatir eficazmente el estigma (Aretio, 2010).

En 2021, se enfatizó la gran importancia de la educación y la sensibilización pública como estrategias clave para reducir el estigma. Estas iniciativas buscan dismantelar mitos y

estereotipos, permitiendo la promoción una comprensión más profunda y empática de las enfermedades mentales en la sociedad (Aretio, 2010).

A lo largo de estas décadas, la evolución en la comprensión y abordaje del estigma ha reflejado un movimiento hacia enfoques más inclusivos y multidimensionales, reconociendo la complejidad de factores que contribuyen a la discriminación y la importancia de estrategias integrales para su mitigación.

Los autores Amaya, Canaval y Viáfara (2005), en su artículo Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influenciadas en la salud, señalan que el estigma social que recae sobre las trabajadoras sexuales en Colombia constituye una de las principales barreras que impide el reconocimiento y la garantía de sus derechos fundamentales. Este estigma se manifiesta de múltiples formas, incluyendo prejuicios morales, actitudes discriminatorias y estereotipos negativos, que afectan su salud mental, su bienestar físico y su inclusión en la sociedad. Estas expresiones de estigmatización no solo provienen del entorno comunitario, sino también de las instituciones, especialmente del sistema de salud, la justicia y los medios de comunicación.

Uno de los mecanismos a través de los cuales opera el estigma social es la construcción y reproducción de estereotipos; creencias rígidas y generalizadas que se aplican a los miembros de un grupo social sin considerar sus características individuales. En el caso de las trabajadoras sexuales, los estereotipos suelen ser negativos y asociados con variables con la promiscuidad, la falta de valores y la criminalidad, lo que contribuye a su estigmatización y exclusión social .

Esta percepción influye directamente en su acceso limitado a derechos fundamentales como la salud, la justicia y el trabajo digno, ya que enfrentan barreras institucionales y sociales que refuerzan su vulnerabilidad.

Los prejuicios hacia las trabajadoras sexuales están profundamente arraigados en visiones moralistas que las catalogan como “indeseables”, “peligrosas” o “inmorales”. Esta visión reduce su existencia a una práctica condenada socialmente, ignorando los factores estructurales que inciden en el ejercicio del trabajo sexual, como la pobreza, la desigualdad de género y la falta de oportunidades laborales. Melo et al. (2019) evidencian cómo estas mujeres son tratadas con desdén y desconfianza tanto en entornos institucionales como comunitarios, lo que las obliga a desarrollar estrategias de autocuidado para resistir la exclusión y la violencia cotidiana. Por ejemplo, muchas de ellas optan por crear redes de apoyo entre pares para protegerse frente a la violencia física, emocional y simbólica que experimentan en las calles y en los centros de salud .

La estigmatización de las trabajadoras sexuales no solo se basa en estereotipos, sino también en prejuicios y actitudes sociales que refuerzan su marginación. Esto crea una imagen negativa que justifica y reproduce su exclusión y discriminación estructural, haciendo nulo el acceso a los derechos fundamentales como la salud, la justicia y la protección social. (Perilla, 2023).

Estas construcciones sociales reduccionistas tienen un profundo impacto en la salud mental de las trabajadoras sexuales. Jiménez y Ospina (2023) señalan que los estereotipos y prejuicios que enfrentan generan sentimientos de vergüenza, soledad y desesperanza. Las autoras encontraron que muchas de estas mujeres desarrollan síntomas depresivos severos, ansiedad generalizada e incluso ideación suicida, todo ello agravado por la falta de espacios seguros donde puedan expresar sus emociones y experiencias sin ser juzgadas. Esta afectación emocional responde no solo al juicio social, sino también a la exclusión de servicios básicos, lo que intensifica su vulnerabilidad.

El estigma también limita de forma significativa el acceso a servicios de salud dignos y oportunos. Muchas trabajadoras sexuales evitan acudir a centros médicos por miedo al maltrato, la discriminación o la revictimización. En este sentido, Guillén Javaloyes (2022) explica que el entorno estigmatizante en el que estas mujeres viven potencia el deterioro de su salud física y mental. Su estudio revela que el estigma y la discriminación son factores que inciden directamente en la aparición de enfermedades mentales, adicciones y enfermedades de transmisión sexual, ya que impiden la implementación de prácticas preventivas y de atención integral. Además, la falta de políticas públicas inclusivas contribuye a su invisibilización como sujetos de derecho, perpetuando un ciclo de exclusión.

Frente a esta situación, algunas iniciativas han propuesto formas de mitigar el estigma y sus efectos. Jiménez y Ospina (2023) proponen intervenciones comunitarias centradas en el empoderamiento de las trabajadoras sexuales y el fortalecimiento de su salud mental. En su propuesta de intervención en el barrio Santa Fe de Bogotá, destacan la importancia de fomentar factores protectores como el apoyo social, el reconocimiento identitario y la educación en derechos sexuales y reproductivos. Estas estrategias no solo buscan reducir los efectos del estigma, sino también transformar las narrativas sociales que lo sostienen.

En definitiva, el estigma social que enfrentan las trabajadoras sexuales en Colombia no es un fenómeno aislado, sino un entramado complejo de creencias, prácticas y estructuras que refuerzan su marginalización. Las representaciones estereotipadas, los prejuicios internalizados y las actitudes discriminatorias generan un círculo vicioso que restringe su autonomía y su acceso a derechos fundamentales. Como sostienen Melo et al. (2019), reconocer a las trabajadoras sexuales como sujetas activas de su salud y bienestar es el primer paso para construir una sociedad más justa e inclusiva. Por tanto, es urgente avanzar hacia un enfoque intersectorial que

promueva el respeto por sus derechos humanos, erradique estereotipos y garantice su dignidad y bienestar en todos los niveles.

En resumen, el concepto de estigma tiene raíces históricas que aluden a la marca social impuesta sobre quienes son considerados indeseables. En la actualidad, y siguiendo a Goffman (1963), se entiende como un proceso simbólico y relacional que legitima la desigualdad y la exclusión a partir de estereotipos y prejuicios. El estigma no reside en una característica individual, sino en la interpretación social negativa que se hace de ella, sustentada en estructuras de poder y normas culturales (Andrade y Fernández, 2018).

En el caso de las trabajadoras sexuales, este fenómeno se manifiesta a través de discursos moralizantes que las catalogan como inmorales o peligrosas, reforzando su discriminación y marginación (Perilla, 2023; Melo et al., 2019). Dichas representaciones afectan su acceso a servicios básicos y su reconocimiento como sujetas de derechos, perpetuando la exclusión institucional y social. Además, el estigma tiene consecuencias profundas en su salud mental, generando sentimientos de vergüenza, ansiedad, depresión y desesperanza (Jiménez y Ospina, 2023).

Este proceso no solo se sostiene por percepciones individuales, sino también por barreras estructurales que atraviesan género, clase y moral (Borrero, 2005). Así, el estigma actúa como una forma de violencia simbólica que restringe la autonomía y el bienestar de estas mujeres.

Indicadores de Desajuste Psicosocial

El desajuste psicosocial puede definirse como la alteración en el equilibrio emocional, conductual y relacional de una persona como resultado de la exposición constante a factores de riesgo estructural, social y personal que dificultan su bienestar y adaptación saludable al entorno.

En el caso de las trabajadoras sexuales, este desajuste se ve intensificado por condiciones como la violencia, la discriminación, la pobreza, la estigmatización y la exclusión institucional, lo cual impacta en su salud mental.

Comprenden su origen en el desarrollo de la psicología clínica y social en el siglo XX, en específico al querer llegar a conocer y clasificar los comportamientos que no siguen la norma social o afectan el bienestar individual.

Los indicadores de desajuste psicosocial son expresiones que evidencian problemas en la relación entre la persona y su ambiente, impactando su funcionalidad y bienestar global. Estos pueden aparecer en situaciones de estrés prolongadas, sucesos traumáticos o entornos sociales desfavorables, y suelen manifestarse mediante síntomas como la depresión, la ansiedad, el estrés crónico y leves cambios cognitivos. Su evaluación ha sido fundamental para la creación de modelos preventivos y clínicos de salud mental (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). El concepto inicial de la depresión, que Hipócrates llamó "melancolía", se redefinió clínicamente en el siglo XIX y se formalizó como trastorno del estado de ánimo en el DSM-III de 1980. Se distingue por un estado constante de melancolía, disminución del interés, trastornos del sueño y pensamientos negativos acerca de uno mismo (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Desde la teoría psicoanalítica de Freud (1895) se reconoció la ansiedad como un trastorno autónomo y se consolidó como categoría diagnóstica en el DSM, describiéndola como una reacción anticipatoria de temor o inquietud desmedida ante amenazas reales o ficticias (Craske et al., 2009). El estrés, definido por Selye en 1936 como una reacción fisiológica del cuerpo frente a exigencias externas, ha sido expandido por perspectivas psicosociales que lo asocian con el

descontento emocional persistente y su influencia en la salud mental (Selye, 1956; Lazarus & Folkman, 1984). En las últimas décadas, el concepto de desajuste psicosocial ha evolucionado hacia una comprensión más amplia e integral, particularmente en poblaciones vulnerables como las trabajadoras sexuales. En este grupo, se reconocen múltiples factores estructurales que inciden directamente en su salud mental, tales como la exclusión social, la estigmatización, la criminalización de su actividad, la desigualdad económica y la ausencia de redes de apoyo institucional y comunitario (Platt et al., 2018). Estos elementos no solo agravan el malestar psicológico, sino que también dificultan el acceso a servicios de salud y protección social, reforzando el círculo de vulnerabilidad.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5) de la American Psychiatric Association (2013) abandonó el sistema multiaxial de versiones anteriores, pero mantuvo la necesidad de evaluar factores psicosociales y contextuales que inciden en el diagnóstico clínico, reconociendo la importancia del entorno social, laboral y familiar del paciente. Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª Revisión (CIE-11) elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), incluye códigos específicos que permiten registrar no solo enfermedades, sino también problemas sociales y del entorno que afectan el bienestar del individuo. Ambos sistemas reflejan un giro hacia el modelo biopsicosocial (Engel, 1977), en el que se reconoce la interacción dinámica entre lo biológico, lo psicológico y lo social como base para una evaluación diagnóstica y una intervención terapéutica más completa y culturalmente sensible.

A continuación, se despliegan la definición de cada una de las variables presentadas dentro de los factores de desajuste psicosocial:

Depresión

La depresión clínica comprende síntomas como un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, cansancio, trastornos del sueño, reducción de la concentración y sensaciones de inutilidad, que pueden perdurar al menos dos semanas seguidas, aunque en numerosas situaciones puede perdurar meses o incluso años si no se recibe tratamiento adecuado (American Psychiatric Association [APA], 2013). Se considera que la etiología de la depresión es multifactorial; elementos genéticos, trastornos neuroquímicos y entornos ambientales se entrelazan para crear una vulnerabilidad considerable al surgimiento del trastorno. Sin embargo, varias investigaciones han enfatizado la importancia primordial de los sucesos vitales estresantes tales como el rechazo social, la discriminación, la violencia o la inseguridad económica como factores que provocan o intensifican el estado de depresión (Kenneth y Kendler, 2016).

Estos acontecimientos son particularmente cruciales en grupos históricamente excluidos, como la comunidad LGBTIQ+, donde las vivencias de marginación estructural aumentan la probabilidad de desarrollar síntomas de depresión. Igualmente, los elementos psicosociales tales como el acceso restringido a redes de soporte, el estigma institucional y la escasez de recursos emocionales y comunitarios funcionan como obstáculos para un afrontamiento saludable y la recuperación. Así, el concepto de depresión ha evolucionado hacia una comprensión más amplia, que reconoce la interacción entre lo biológico, lo psicológico y lo social, permitiendo enfoques de atención más sensibles al entorno y a la historia vital de cada individuo.

Estudios en psicología comunitaria y salud mental global han subrayado la forma en que factores como la pobreza, el aislamiento social, la violencia o la discriminación pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento de síntomas depresivos, especialmente en poblaciones vulnerables (World Health Organization [WHO], 2023).

Pobreza

La pobreza se define como la carencia persistente de recursos materiales esenciales para satisfacer necesidades básicas como vivienda, alimentación, educación y atención médica. Esta condición se asocia con niveles elevados de estrés, falta de acceso a servicios de salud y una mayor prevalencia de trastornos depresivos (Sangalang et al., 2022).

Aislamiento Social

El aislamiento social implica una limitada o nula interacción significativa con otras personas, lo cual puede derivar en sentimientos de soledad y vulnerabilidad emocional. Estudios recientes han demostrado que el aislamiento social está vinculado a un mayor riesgo de desarrollar depresión, especialmente en contextos urbanos y marginados (Brandt et al., 2022).

Violencia

La violencia se refiere a cualquier acto o amenaza de acto que cause daño físico, sexual, psicológico o emocional, ejercido de manera individual, colectiva o estructural. La exposición prolongada a la violencia ya sea en el ámbito familiar, social o institucional está fuertemente asociada con el desarrollo de trastornos mentales como la depresión, debido al impacto traumático que genera en el bienestar psicológico y la percepción de seguridad (Miller y McLaughlin, 2020).

Discriminación

La discriminación se refiere al trato desigual basado en características personales como orientación sexual, género, etnia o clase social. Esta forma de exclusión estructural contribuye a una mayor incidencia de síntomas depresivos y disminución del bienestar subjetivo (Smith et al., 2023).

Inestabilidad Laboral

La inestabilidad laboral, caracterizada por el desempleo o condiciones laborales precarias, se asocia con estrés financiero, inseguridad emocional y deterioro en la salud mental. Es un predictor consistente de sintomatología depresiva en adultos jóvenes y personas en situación de vulnerabilidad (Ganson et al., 2022).

Inseguridad Habitacional

La inseguridad habitacional abarca la falta de acceso a una vivienda adecuada, segura y estable. Esta situación genera estrés crónico y se ha vinculado con un mayor riesgo de trastornos afectivos, incluida la depresión (Fitzpatrick et al., 2022).

Acceso Limitado a Servicios de Salud Mental

La ausencia de servicios accesibles y culturalmente apropiados en salud mental impide la detección temprana y el tratamiento oportuno de trastornos como la depresión. Este déficit es especialmente grave en comunidades rurales o marginadas (Jones y Patel, 2021).

Desintegración del Tejido Social

La desintegración del tejido social hace referencia a la pérdida de cohesión comunitaria, redes de apoyo y confianza interpersonal. Su ausencia limita los recursos colectivos de afrontamiento y se ha vinculado directamente con una mayor incidencia de problemas depresivos (Delgado et al., 2023).

Reconocer y abordar el desajuste psicosocial en esta población no solo permite visibilizar su realidad, sino que también es pertinente para diseñar estrategias de promoción y prevención en salud mental que sean sensibles, integrales y culturalmente pertinentes. En este punto es importante abordar, a través de intervenciones centradas en el fortalecimiento del tejido social, el acceso a servicios adecuados y el empoderamiento individual y colectivo, es posible contribuir a

mejorar la calidad de vida de estas mujeres y a garantizar su derecho a una atención digna, justa y sin discriminación.

La depresión se presenta con una prevalencia significativamente mayor entre las trabajadoras sexuales en comparación con la población general. En países de ingresos bajos y medios, aproximadamente el 41,8 % de estas mujeres presenta síntomas depresivos, frente a tasas mucho menores en la población general (Shannon et al., 2015). Esta situación responde a una compleja interacción de factores estructurales y contextuales: la estigmatización social, la criminalización del trabajo sexual, la violencia de género y la exclusión de los sistemas de salud y protección social. Dichos factores contribuyen a un estado de vulnerabilidad constante que puede desencadenar o agravar los síntomas depresivos, especialmente cuando no existen redes de apoyo o acceso a servicios de salud mental. En el caso colombiano, Sanabria-Mazo et al. (2024) encontraron que, en una muestra amplia de adultos, los síntomas de depresión y ansiedad evaluados con el PHQ-4 presentaron una prevalencia del 23,3 %, lo cual proporciona un punto de comparación relevante frente a grupos aún más vulnerables como las trabajadoras sexuales.

La depresión y la ansiedad son frecuentes en contextos de estigma y violencia, mientras que el estrés surge de la precarización laboral y la inseguridad. Los indicadores de ajuste psicosocial evalúan la resiliencia y estrategias de afrontamiento en entornos adversos, destacando la necesidad de intervenciones integrales en salud mental (Jiménez y Ospina, 2023).

Las trabajadoras sexuales se encuentran con varios factores de desajuste psicosocial que impactan de manera considerable en su salud mental. Investigaciones actuales muestran una elevada incidencia de trastornos tales como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático e ideación de suicidio. Una investigación llevada a cabo en naciones de ingresos

bajos y medios reveló que el 41,8% de las empleadas sexuales mostraban síntomas de depresión, el 21% trastornos de ansiedad y el 22,8% ideaciones suicidas recientes. Esto evidencia un impacto evidente en el bienestar psicológico debido a situaciones estructurales desfavorables como la pobreza, la violencia y el estigma (Platt et al., 2018).

En el escenario colombiano, particularmente en Bogotá, se ha detectado un elevado riesgo psicosocial en las empleadas sexuales, tanto en el entorno laboral como en el extralaboral. Una investigación que utilizó la Batería para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial del Ministerio de la Protección Social reveló que el 100% de las participantes tenían un alto grado de riesgo, manifestando una notable presencia de síntomas de estrés en el trabajo, exposición a violencia, discriminación y ausencia de redes de soporte (Romero y Murcia, 2022). Estos descubrimientos demuestran la importancia de intervenciones enfocadas no únicamente en los síntomas personales, sino también en los factores estructurales de la salud mental.

Las acciones efectivas deben ser completas y culturalmente relevantes. Por ejemplo, un proyecto llevado a cabo en el sector Santa Fe de Bogotá aplicó estrategias participativas dirigidas a potenciar la salud mental de las trabajadoras sexuales a través de la consolidación de redes comunitarias, la disponibilidad de herramientas psicosociales y el fomento del empoderamiento individual y grupal (Rodríguez, 2023). Además, vivencias internacionales como la de la Fundación Oblatas en Murcia, España, han evidenciado que brindar un cuidado completo que englobe asistencia psicológica, legal y acompañamiento en procesos de incorporación al mundo laboral y residencial facilita la disminución de la exposición a factores de riesgo y potencia la calidad de vida de estas mujeres (Cadena SER, 2024).

En resumen, el desajuste psicosocial se define como la alteración del equilibrio emocional y relacional provocada por factores estructurales, sociales y personales que dificultan la adaptación y el bienestar. En las trabajadoras sexuales, este fenómeno se ve intensificado por la violencia, la estigmatización, la pobreza y la exclusión institucional, afectando su salud mental y calidad de vida. Los principales indicadores, depresión, ansiedad y estrés crónico, surgen como respuesta a contextos de discriminación y precariedad (OMS, 2022). Estudios internacionales muestran que más del 40 % de estas mujeres presentan síntomas depresivos, asociados a condiciones estructurales y a la ausencia de redes de apoyo (Shannon et al., 2015; Platt et al., 2018). En Colombia, investigaciones recientes confirman altos niveles de riesgo psicosocial, evidenciando la necesidad de intervenciones que integren apoyo emocional, acceso a salud mental y fortalecimiento (Romero y Murcia, 2022).

Experiencias locales e internacionales demuestran que las estrategias psicoeducativas orientadas al fortalecimiento y la desestigmatización contribuyen significativamente al bienestar y la inclusión social de las trabajadoras sexuales (Rodríguez, 2023; Cadena SER, 2024).

Bienestar

El concepto de bienestar ha sido objeto de reflexión desde la filosofía clásica, abordado por distintas corrientes que lo entendieron de formas contrastantes. Desde el hedonismo, especialmente en su versión epicúrea, sostiene que el bienestar se alcanza a través del placer moderado y la ausencia de dolor. Epicuro planteaba que el mayor placer posible era la tranquilidad del alma (ataraxia) y la eliminación del sufrimiento físico (aponía), alcanzables mediante una vida sencilla, amistades significativas y la reflexión filosófica (Fernández y Vilariño, 2018). El hedonismo filosófico reconoce que no todos los placeres conducen al bienestar, y que muchos deben ser evitados si generan perturbación futura. En contraposición, el

estoicismo, con pensadores como Séneca y Epicteto, argumentó que el bienestar verdadero no depende de factores externos ni del placer, sino del ejercicio de la razón, la virtud y la autodisciplina. Para los estoicos, la serenidad proviene de aceptar lo que no se puede controlar y vivir conforme a la naturaleza racional del ser humano (Fernández y Vilariño, 2018).

Finalmente, Aristóteles propuso una visión más compleja bajo el concepto de eudaimonía, entendida como la realización del daimon o esencia interna de cada persona. La eudaimonía no es placer ni resignación, sino un proceso orientado al logro de metas valiosas y al cultivo de la virtud, donde el daimon actúa como criterio interno que guía el desarrollo moral y racional del individuo (Vázquez et al., 2009). Esta concepción aristotélica ha influido profundamente en las teorías contemporáneas del bienestar, especialmente aquellas que lo entienden como un proceso sostenido de autorrealización basado en el sentido, la virtud y la coherencia personal.

En la psicología, las investigaciones se han centrado primeramente en las emociones negativas, y en la debilidad humana en general (Contreras y Esguerra, 2006), lo que ha permitido que se genere un sesgo patogénico (focalizado a debilidades o trastornos) que, aunque han logrado teorías acerca del funcionamiento mental humano dirigidas al desarrollo de nuevas terapias farmacológicas y psicológicas permitiendo avances en la recuperación de la enfermedad, se siguen centrando en el déficit lo que ha descuidado los aspectos positivos como el bienestar, la satisfacción o la felicidad ignorando los beneficios que estos pueden presentar para las personas. Es por ello por lo que también se ha generado una cultura de la victimología, la cual focaliza su atención en los posibles efectos patológicos de la vivencia traumática asumiendo una visión pesimista de la naturaleza humana (Gonzáles, 2004).

Recordando que el ser humano tiene diferentes capacidades, aunque hayan sido ignoradas por muchos años, para adaptarse frente a las dificultades, así como de encontrar sentido y de crecimiento personal, Martín Seligman propuso el término Psicología Positiva, definida como el estudio científico de las experiencias positivas, las fortalezas y las virtudes humanas que mejoran la calidad de vida de las personas (Contreras y Esguerra, 2006), reconceptualizando la experiencia traumática de las personas a un modelo saludable y preventivo considerando la habilidad de cada uno para afrontar, resistir o aprender de las situaciones adversas que se puedan presentar a lo largo de la vida para disfrutar de un estado de bienestar pleno (González, 2004).

Siguiendo esta idea, el término bienestar se incorpora a la psicología a partir de 3 conceptos: bienestar psicológico, bienestar subjetivo y bienestar social.

Carol Ryff (1989) propuso el modelo de bienestar psicológico, estructurado en seis dimensiones fundamentales: autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Este enfoque se aparta de una visión hedónica del bienestar y se orienta hacia una perspectiva eudaimónica, centrada en el desarrollo del potencial humano y la realización personal. Ryff enfatiza que una vida plena no depende solo de sentirse bien, sino de vivir con sentido, coherencia y profundidad.

En una línea distinta pero complementaria, se suma el concepto de bienestar subjetivo que fue desarrollado por Ed Diener (1984), quien lo definió como la evaluación que las personas hacen de sus propias vidas, compuesto por 2 componentes: la satisfacción vital (cognición) con el balance entre emociones positivas y negativas (afecto). La satisfacción vital hace referencia a el juicio global que las personas hacen de su trayectoria vital (recorrido de vida de una persona

teniendo en cuenta los eventos significativos como trabajo, familia, salud, etc), las emociones positivas y negativas hacen referencia a un espectro de emociones específicas que se perciben en diferentes situaciones, en el afecto positivo se ven emociones como: felicidad, orgullo, alegría, entusiasmo o éxtasis, mientras que, en el afecto negativo se ven la tristeza, el miedo, la culpa, la rabia, la desilusión, el pesimismo o el estrés y la depresión (Porto et al., 2014). Ambos aspectos son medidos por separado ya que la satisfacción vital reúne toda la vida de una persona; mientras que las emociones son reacciones inmediatas y continuas frente a las diversas situaciones que viva la persona, teniendo en cuenta que, la satisfacción vital puede ser satisfactoria pese a que las emociones inmediatas puede que sean menos gratificantes (Rodríguez y Goñi, 2011).

Esta formulación se apoyó en los aportes previos de Bradburn, quien distinguió entre afecto positivo y afecto negativo como componentes clave de la experiencia emocional. Así mismo, posteriormente, Pavot y Diener (2008) ampliaron esta definición, proponiendo que el bienestar subjetivo no solo incluye estados emocionales, sino también juicios cognitivos sobre la calidad de vida, haciendo énfasis en la percepción individual más que en condiciones objetivas.

Una de las autoras más influyentes en este campo es Sonja Lyubomirsky, quien define el bienestar subjetivo como la combinación de alta frecuencia de emociones positivas, baja frecuencia de emociones negativas y alta satisfacción con la vida. Según su modelo, el bienestar depende en un 50% de factores genéticos, en un 10% de las circunstancias externas, y en un 40% de actividades intencionales que realiza la persona (Lyubomirsky, 2008). Esta perspectiva ha sido clave para diseñar intervenciones psicológicas basadas en prácticas como la gratitud, la amabilidad o la regulación emocional, destacando la agencia individual como elemento central del cambio.

Sin embargo, este enfoque ha sido cuestionado desde lecturas críticas como las propuestas por Michel Foucault (1998), quien introdujo el concepto de biopoder para describir las formas en que los Estados y las instituciones regulan la vida, la salud y la conducta de las personas mediante discursos científicos y normativos. Desde esta perspectiva, la Psicología Positiva podría entenderse no solo como una ciencia del bienestar, sino también como una herramienta de normalización, que define como “debería” vivirse una vida feliz, saludable y productiva. En esta misma línea, Nikolas Rose (2007) advierte que el bienestar se ha transformado en una tecnología de gobierno, en la que las personas son inducidas a gestionar su salud mental, sus emociones y su productividad según estándares impuestos, más que desde sus propias necesidades. Al centrar el bienestar en la responsabilidad individual, se corre el riesgo de ocultar las condiciones estructurales que producen sufrimiento, especialmente en contextos de precariedad, desigualdad o exclusión. Por tanto, es imprescindible una mirada crítica y situada del bienestar, que lo reconozca como un terreno en disputa entre la autonomía personal y los dispositivos sociales de control.

Teniendo esto en cuenta se sumó el concepto de bienestar social, propuesto por Keyes (1998), quien argumentó que el bienestar también depende de la calidad de las relaciones con el entorno, la integración social y el sentido de pertenencia. De esta forma, el bienestar pasó de ser una noción unidimensional centrada en el placer o la ausencia de enfermedad, a convertirse en un constructo multidimensional que considera aspectos afectivos, psicológicos y sociales.

Así mismo se suman 4 modelos de bienestar: el modelo Perma, que es un modelo propuesto por Seligman asociando el bienestar en cinco dimensiones: emociones positivas, compromiso, relaciones positivas, el propósito y los logros (González y Molero, 2023), enfocándose en el crecimiento personal (florecer) ya que define el bienestar como un estado

dinámico óptimo de funcionamiento psicosocial que se basa en este estado de florecimiento y está relacionado con cinco componentes psicosociales que pueden ser medibles, desarrollados y promocionados (las 5 dimensiones mencionadas) (Cobo et al., 2020). El florecimiento va a determinar el nivel de funcionamiento psicosocial de una persona ya que evalúa la presencia de las relaciones interpersonales positivas y los sentimientos de competencia como un sentido de propósito y optimismo (Cassaretto y Martínez, 2017). Basado en el modelo Flow, o flujo, nace la teoría de la experiencia óptima, que define el flujo como el estado en el cual las personas se encuentran comprometidas en una actividad de manera tal que nada más parece importarles; es decir, el estado óptimo de la experiencia interna es el término que describe las ocasiones en las que se presenta una sensación de euforia, estos momentos se dan cuando hay orden en la conciencia y se manifiestan enfocando la atención para obtener metas realistas teniendo en cuenta las habilidades y oportunidades que se tienen para actuar (Harper y Csikszentmihalyi, 2015), por otro lado (no como conceptos diferentes sino como complementarios), Flow/flujo es la manera que tienen las personas para describir su estado mental y lo que está involucrado en alcanzar los objetivos para lograr un estado de bienestar óptimo, estos objetivos realistas permiten a las personas centrar la atención en la tarea particular olvidando por un breve periodo de tiempo otras cosas (Csikszentmihalyi, 2000). En otras palabras, es la relación entre las propias habilidades que tenemos y el desafío de las tareas para lograr la felicidad.

El modelo pasión implica, desde una visión positivista, emociones fuertes ligadas a conductas inherentes y son necesarios para alcanzar los niveles de logro más altos, y el cómo esta emoción es la que permite la ejecución de actividades y propone que: amar una actividad ofrece algunos beneficios positivos. Desde el modelo dualista de la pasión (MPD) se postula que los individuos están motivados para hacer exploración a su entorno y crecer participando en

varias actividades; definiendo la pasión como la inclinación o preferencia que tenemos para la realización de diferentes actividades, tomándose también como la representación de rasgos centrales de la identidad (Vallerand, 2012).

Y, por último, el método AWE (representado en los términos: Atención, Esperar, Exhalar y Expansión), es una práctica que nos conduce al asombro; en este método se considera que esta emoción (asombro) amplía la percepción del tiempo, puede mejorar el bienestar y contribuir a formar conductas prosociales y disminuir actitudes negativas (Yaden et al., 2018). Esta emoción suele durar poco tiempo, alrededor de 5- 15 segundos, sin embargo, logra generar en el cuerpo un cambio que produce que los sentimientos de alerta-lucha estén menos activas; en otras palabras, ha tranquilizado la respuesta de lucha y lo ha transformado a un estado de energía que produce un tipo de proteína (que modula el sistema nervioso y de forma regular puede llegar a reducir la inflamación crónica y el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, u otras enfermedades) y eleva los niveles de oxitocina (conocida como la hormona del amor, está presente en el proceso de parto, produciendo contracciones, así como de lactancia, en el reflejo de la eyección de la leche, y es una de las hormonas centrales de la excitación sexual tanto en mujeres como en hombres) lo que amplía la sensación de bienestar general (Tagle y Amster, 2024). Regularmente, cuando accedemos a esta emoción, se experimenta una mejoría en las relaciones, mayor gozo y satisfacción vital, ya que se asocia con la reducción del estrés, ansiedad y depresión. Dacher Keltner y el coautor Jonathan Haidt fueron los autores principales de este modelo y consideraban que podría ser uno de los métodos más rápidos y fuertes para producir el crecimiento personal. No obstante, es una emoción muy breve (hablando de duración en tiempo) y que difícilmente es producida a diario, por lo que no es tan eficaz al momento de poner en práctica este método. La meditación ha demostrado tener cierto tipo de beneficios como el AWE

y se ha buscado la manera de implementarse para experimentar este bienestar, aun así, el proceso de meditación requiere cierta cantidad de componentes como tiempo, dedicación y esfuerzo que desalienta a un número significativo de personas (Tagle y Amster, 2024) al momento de poner esto en práctica.

En los últimos años, el concepto de bienestar ha evolucionado desde una perspectiva individualista y clínica hacia una visión más amplia, que incorpora aspectos sociales, económicos, culturales y emocionales, como se mencionaba anteriormente. Este enfoque integrador es especialmente importante al analizar el bienestar de poblaciones históricamente marginadas, como las mujeres que ejercen actividades sexuales pagas (ASP). Para estas mujeres, el bienestar no solo está atravesado por su salud física o mental, sino por un conjunto de factores estructurales como el estigma, la precariedad laboral, la exclusión social y las limitaciones en el acceso a derechos básicos.

Las mujeres que trabajan en el mercado sexual suelen enfrentar una fuerte estigmatización que impacta directamente en su salud mental y su autoestima; estas mujeres suelen padecer de problemas emocionales como ansiedad, depresión y/o baja autoestima, factores que inciden directamente en su bienestar (Rada, et al., 2021). En un estudio realizado en el Distrito de Agua blanca, en Cali, se identificó que muchas de estas mujeres perciben su trabajo como “no digno”, lo que afecta su sentido de valor personal y las hace vulnerables a problemas emocionales como la depresión y la ansiedad. Además, las participantes asociaban el bienestar con la capacidad de trabajar sin enfermarse, ya que el trabajo sexual representa su único ingreso económico. Enfermarse, entonces, es un riesgo no solo para la salud, sino también para su supervivencia económica (Rodríguez y Rodríguez, 2022).

No obstante, a pesar de las condiciones adversas, muchas mujeres han desarrollado estrategias de autocuidado que permiten sostener su bienestar de forma cotidiana. En Bogotá, un estudio etnográfico evidenció que estas trabajadoras ejercen prácticas de cuidado como el uso de preservativos, la automedicación responsable y la búsqueda de redes de apoyo entre compañeras. Estas redes permiten compartir información sobre salud sexual y reproductiva, y generan una forma de contención emocional en contextos marcados por la discriminación (Ramírez, 2023). Así, el bienestar adquiere una dimensión relacional, en la que el vínculo con otras se convierte en un recurso de resiliencia.

El bienestar, en resumen, puede definirse como un estado integral y dinámico que abarca las dimensiones física, mental, emocional y social de la vida humana. Implica no solo la ausencia de enfermedad o malestar, sino la presencia de condiciones que favorecen el desarrollo personal, la satisfacción vital y el sentido de propósito. Alcanzar el bienestar supone mantener un equilibrio entre las propias necesidades, los vínculos interpersonales y las exigencias del entorno, así como contar con recursos internos, como la resiliencia y la autoaceptación, y externos, como el apoyo social y el acceso a servicios básicos, que permitan enfrentar las dificultades cotidianas de manera adaptativa.

Estos hallazgos demuestran que el bienestar, lejos de ser un concepto estático o universal, es una construcción contextual y experiencial. En el caso de las mujeres que ejercen actividades sexuales pagas (ASP), el bienestar adquiere un significado particular, ya que se encuentra atravesado por factores estructurales y sociales como la estigmatización, la desigualdad, la precariedad laboral y la violencia. Para muchas de ellas, alcanzar el bienestar no solo se relaciona con la salud física o emocional, sino con la posibilidad de ejercer autonomía sobre su cuerpo y su trabajo, construir redes de apoyo y lograr reconocimiento y dignidad en contextos

donde su identidad y labor suelen ser marginadas. Comprender esta complejidad es esencial para formular políticas públicas inclusivas que garanticen el respeto de sus derechos y promuevan su calidad de vida desde un enfoque integral de bienestar.

Relaciones Interpersonales

El estudio de las relaciones interpersonales tiene raíces en las ciencias sociales del siglo XX, particularmente a partir del surgimiento de la teoría de las relaciones humanas en la década de 1930. Esta corriente nació como una reacción al enfoque mecanicista y productivista de la administración científica, que reducía al ser humano a una pieza más dentro del engranaje organizacional. Fue George Elton Mayo, con los experimentos de Hawthorne, quien demostró que los factores sociales y emocionales influían directamente en la productividad laboral, iniciando así una nueva era en la comprensión de la conducta humana en contextos organizacionales. Desde entonces, se comenzó a valorar el impacto del clima social, la comunicación y los vínculos afectivos en el bienestar individual y grupal.

Además, durante el desarrollo del pensamiento psicológico y sociológico del siglo XX, se empezó a reconocer que las relaciones interpersonales son esenciales para el desarrollo de la identidad, la salud mental y el sentido de pertenencia. Modelos como el de George Levinger describieron las etapas del vínculo humano, incluyendo fases como el conocimiento, el desarrollo de la intimidad, el mantenimiento, y eventualmente, la disolución. Esta estructura evidenció que las relaciones no son estáticas, sino que atraviesan procesos naturales influenciados por factores personales y contextuales (Clark y Lemay, 2010). Así mismo, a través de estas, se intercambian diferentes formas de sentir y de ver la vida, se comparten necesidades, intereses y afectos (Chenche et al., 2023).

Ahora bien, las relaciones interpersonales son vínculos que desarrollan las personas de manera recíproca que otorgan un sentido de identidad y confianza. Es un proceso de socialización, por medio de la comunicación, que permite establecer uniones en diferentes contextos desde la infancia e influyen en el desarrollo humano hacia la adultez y se obtiene mediante las diferentes experiencias culturales y sociales para adaptarse a los diversos escenarios que pueda presentar (Méndez y Ryszard, 2005). Estas interacciones incluyen un proceso de interacciones verbales y no verbales que permiten la convivencia el uno con el otro y se experimentan en diferentes ámbitos de la vida como la vida escolar, familiar, laboral; en pareja, grupo de amigos, clubes sociales, comunidades religiosas u otros y se espera que, por medio de ellas, sobre todo en la infancia, se desarrollen habilidades y capacidades para una adecuada convivencia social, solución de conflictos y la participación e interacción como sujetos sociales activos (Toro, 2020).

En décadas posteriores la globalización, la tecnología y los cambios en los modelos familiares han transformado radicalmente la manera en que las personas se vinculan. La aparición de fenómenos como las relaciones virtuales, el poliamor y la anarquía relacional ha cuestionado los formatos tradicionales de relación, proponiendo vínculos más flexibles, horizontales y autodeterminados. Este enfoque promueve la libertad emocional, el respeto por la individualidad y la co-creación de normas dentro de cada relación, alejándose de los patrones rígidos impuestos por la cultura dominante (Nordgren, 2006). Las relaciones interpersonales son el intercambio que se da con los demás teniendo en cuenta las emociones, sentimientos, intereses o actividades que van dirigidas a la cooperación y colaboración por parte de sus miembros. Son una necesidad para los individuos por lo que desarrollarlas juega un papel importante en el desarrollo de la personalidad, las funciones cognitivas, el deseo y el estado afectivo. Sin

embargo, teniendo en cuenta la transformación en la manera de vincularse, existen situaciones de disfuncionalidad en los diferentes sistemas sociales que generan tensión y disfuncionalidad entre los miembros vistos como episodios de crisis e inestabilidad, estos episodios también se pueden conocer como fluctuaciones, y, en muchos casos son tan grandes que el sistema no es capaz de ajustarse (Palacin, 2018).

En las relaciones interpersonales podemos ver diferentes características como:

- La honestidad y sinceridad: Permiten una convivencia pacífica y respetuosa.
- Respeto y afirmación: Promover la libertad entre los componentes del grupo respetando lo que opinen los demás y esperando que respeten la opinión de uno.
- Compasión: Tener empatía; es decir, ubicarnos en el lugar del otro, como una forma de conocimiento y aproximación hacia alguien más (Maza, 2023), ya que esto nos permite comprender a los demás.
- Habilidades interpersonales: Mantener la comunicación efectiva y asertiva mantiene una relación saludable. La comunicación siendo en este caso el proceso en el que primeramente se va a mirar y escuchar, después pensar y reflexionar para, al final, expresar de modo comprensible.

Cuando nos referimos a comunicación efectiva nos referimos al mensaje que debe ser congruente, directo, equilibrado y respetuoso; y, cuando hablamos de asertivo, es el proceso que facilita la manera más correcta de decir las cosas, sin callar ni acumular dudas que se resuelven en un diálogo con respeto, sinceridad y consideración (Maza, 2023).

Relaciones Saludables y no Saludables

Para distinguir entre relaciones interpersonales saludables y no saludables podemos ver, que en las relaciones saludables hay satisfacción, como el cumplimiento de ciertos requisitos establecidos para obtener un resultado de agrado para un individuo; empatía, compañerismo y comunicación. Así como en las relaciones no saludables vemos frustración, ansiedad, enojo y agresividad (Chenche, et. Al. 2023); estas dos últimas pueden generar respuestas violentas haciendo que la relación, aparte de insatisfactoria, resulte en un daño tanto al otro como a uno mismo.

En el contexto del trabajo sexual en Bogotá, estas relaciones adquieren estas características particulares debido a factores como el estigma social, la discriminación y las condiciones laborales precarias. En el caso de las relaciones de pareja, se evidenció que alrededor del 70% de las mujeres reportan que su trabajo afecta de manera negativa su relación romántica, siendo la mentira, la desconfianza, la culpa y los celos, los factores principales que se registran en sus relaciones (Bellhouse et al., 2015).

En el barrio Santa Fé, una de las zonas de tolerancia más reconocidas de la ciudad, las trabajadoras sexuales enfrentan una constante estigmatización que afecta sus relaciones tanto con clientes como con la comunidad en general. Investigaciones etnográficas han documentado cómo las narrativas y estereotipos negativos perpetúan la marginalización de estas mujeres, invisibilizando las violencias que enfrentan y limitando su acceso a derechos básicos (Camacho et al., 2018).

A pesar de estos desafíos, las trabajadoras sexuales en Bogotá han desarrollado estrategias para construir y mantener relaciones interpersonales significativas. Estudios han evidenciado que estas mujeres establecen vínculos de solidaridad y apoyo mutuo con sus

compañeras, creando redes que les permiten enfrentar las adversidades del entorno laboral y social (Benoit, 2016).

Además, la llegada de mujeres migrantes, especialmente venezolanas, ha transformado las dinámicas laborales y relacionales en el barrio Santa Fé. Estas nuevas interacciones han generado tanto tensiones como oportunidades de colaboración entre trabajadoras sexuales de diferentes nacionalidades, evidenciando la complejidad y diversidad de las relaciones interpersonales en este contexto (Torres, 2021).

En conclusión, el estudio de las relaciones interpersonales ha mostrado que los vínculos humanos son fundamentales para el bienestar, la identidad y el sentido de pertenencia. Desde la teoría de las relaciones humanas de George Elton Mayo en el siglo XX, se reconoce que los factores sociales y emocionales influyen directamente en la calidad de las interacciones y en el desarrollo personal y colectivo. Con el tiempo, los cambios sociales y tecnológicos han transformado la manera de vincularse, promoviendo relaciones más diversas, aunque también afectadas por tensiones y desigualdades.

En el caso de las mujeres trabajadoras sexuales en Bogotá, las relaciones interpersonales se ven profundamente condicionadas por el estigma, la discriminación y la precariedad laboral. A pesar de ello, estas mujeres han construido redes de apoyo y solidaridad que fortalecen su resiliencia, dignidad y bienestar emocional. Reconocer el valor de estos vínculos es esencial para formular políticas públicas inclusivas que garanticen sus derechos y promuevan relaciones más justas, respetuosas y saludables.

Marco Metodológico

Diseño

Se estableció el uso de un diseño cuantitativo, puesto que corresponde a un enfoque que permite describir, analizar y evaluar propiedades psicométricas a partir de datos numéricos. El análisis cuantitativo es de tipo observacional descriptivo, de corte transversal, analítico y de naturaleza psicométrica, en el cual se empleará la validez de contenido con la estrategia de jueces expertos sustentada en lo propuesto por Monteo y Leon (2007, 2008, 2018 y 2022) Para el caso colombiano, este tipo de estudio es reconocido como investigación de desarrollo tecnológico, ya que se orienta hacia la creación o mejora de herramientas aplicadas que fortalecen el quehacer profesional y pueden ser utilizadas directamente en la población de interés.

Instrumentos y técnica de análisis

Se emplea la matriz sugerida por Montero y Leon (2007). La concordancia del criterio de los jueces se evaluará empleando el estadístico de Consciente de Validez de Contenido - CVC de Hernández-Nieto (2002) basado en las sugerencias de Lawshe modificado por Tristán (2008), y siguiendo las recomendaciones de Balbinotti (2004) y Balbinotti et al. (2007).

Adicionalmente, se incluyó un componente cualitativo que correspondió a la realización de entrevistas semiestructuradas cuyo propósito fue comprender, desde las implicadas, la forma en que el lenguaje empleado en la guía para la transmisión de los contenidos a validar podría ser más cercanos social y culturalmente a la realidad de las trabajadoras sexuales. Asimismo, evaluar la pertinencia y adecuación de los componentes según las respuestas de las participantes.

Plan de análisis (Cuantitativo)

El análisis de concordancia se realiza con el CVC de Hernández-Nieto (2002). Este coeficiente se obtiene dividiendo la suma de las puntuaciones otorgadas por los jueces a un ítem entre el producto del número total de jueces y la puntuación máxima posible en la escala empleada. De esta manera, el resultado indica el grado de validez de contenido que los expertos atribuyen a cada ítem evaluado.

En términos de decisión, siguiendo a Hernández – Nieto (2002), se considera que los ítems con un $CVC \geq 0,80$ son aceptables, mientras que aquellos que se ubiquen por debajo de este punto de corte requieren ser revisados o eliminados. En este estudio, se tomará el criterio de que los ítems con CVC inferior a 0,69 deben ser corregidos o descartados, y los que estén por encima de dicho valor se consideran válidos.

Técnica de recolección de información

Entrevista semiestructurada

Nivel de análisis del lenguaje

En el proceso de validación de la guía psicoeducativa se procedió a describir tanto los elementos sintácticos como los semánticos presentes en el material, con el fin de identificar el grado en que la estructura oracional, la organización de las ideas y la elección de los significados contribuyen a la claridad del contenido. Desde el componente sintáctico, se detallaron aspectos relacionados con la coherencia gramatical, la fluidez de la redacción y la articulación entre secciones, permitiendo reconocer patrones que facilitan o dificultan la lectura. En cuanto al componente semántico, se explicaron las relaciones entre los conceptos, la precisión de los términos utilizados y la pertinencia de los significados atribuidos a cada apartado, analizando cómo estos influyen en la interpretación de la guía por parte de las mujeres trabajadoras sexuales. Este

nivel de análisis permitió comprender de manera integral la calidad lingüística del documento y orientar los ajustes necesarios para garantizar su coherencia, pertinencia y accesibilidad.

Procedimiento

Fase 1. Revisión Teórica y Análisis de Necesidades.

En primera instancia, se realizó una revisión documental exhaustiva para identificar los factores estructurales, sociales y emocionales que influyen en la salud integral de las mujeres trabajadoras sexuales. A partir de esta revisión, se categorizaron los componentes centrales del modelo salud física, bienestar emocional, maternidad, relaciones interpersonales y afrontamiento del estigma, así como los indicadores de desajuste psicosocial presentes en la literatura. Paralelamente, se efectuó un análisis de necesidades a partir de información secundaria y entrevistas preliminares, lo que permitió contextualizar el material y orientar la construcción inicial de la guía psicoeducativa.

Fase 2. Elaboración del Modelo Psicoeducativo.

Con base en los hallazgos de la fase anterior, se diseñó una versión preliminar del modelo psicoeducativo estructurado en cinco componentes temáticos. Cada sección incluyó definiciones, orientaciones de autocuidado y estrategias psicoeducativas culturalmente pertinentes. La redacción se realizó siguiendo criterios de claridad, coherencia conceptual y adecuación cultural. Posteriormente, se preparó la matriz de evaluación para el juicio de expertos, organizada en los criterios de pertinencia, claridad, coherencia, relevancia y adecuación cultural, e incluyendo también el nivel de análisis lingüístico en los componentes sintáctico y semántico.

Fase 3. Validación Cuantitativa Mediante Juicio de Expertos.

En esta fase se seleccionaron jueces con formación en psicología, salud pública y áreas

afines, según los lineamientos de MinCiencias (2023). A cada experto se le entregó la versión preliminar de la guía y la matriz estructurada. Los jueces calificaron cada ítem según una escala de valoración establecida para determinar el grado de concordancia en relación con los criterios evaluados. Se calcularon los coeficientes de validez de contenido (CVC) por ítem y por criterio. Adicionalmente, se describió y explicó la evaluación sintáctica y semántica del documento, analizando la estructura oracional, la coherencia gramatical, y la precisión de los significados empleados. Estos resultados permitieron identificar los fragmentos que requerían simplificación del lenguaje, reorganización o mayor precisión conceptual.

Fase 4. Validación Cualitativa con Participantes y Análisis del Lenguaje.

De forma paralela al juicio de expertos, se realizaron entrevistas semiestructuradas con mujeres trabajadoras sexuales para comprender su percepción sobre la claridad, pertinencia y adecuación cultural del contenido. Las entrevistas se analizaron mediante codificación temática, integrando categorías emergentes relacionadas con comprensión del lenguaje, identificación con los ejemplos y relevancia de los contenidos. Los hallazgos cualitativos se triangularon con los resultados cuantitativos para fortalecer la validez del modelo. Con base en ambos análisis, se explicaron las modificaciones efectuadas en el contenido, especialmente en los niveles sintáctico (fluidez, estructura, redacción) y semántico (significados, conceptos clave, carga simbólica del lenguaje).

Fase 5. Ajustes Finales y Consolidación del Modelo.

Finalmente, se integraron los ajustes derivados del análisis cuantitativo y cualitativo. Esto implicó reestructurar apartados, depurar el lenguaje, añadir orientaciones culturalmente pertinentes y fortalecer la coherencia interna del documento. La versión final de la guía psicoeducativa resultante constituye un material validado con base en criterios científicos,

lingüísticos y socioculturales, adecuado al contexto de las mujeres trabajadoras sexuales en Bogotá.

Resultados

El proceso de validación se realizó con la colaboración de tres jueces expertos, quienes evaluaron cada componente de la guía de acuerdo con los criterios de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia. Las calificaciones se otorgaron en una escala de 1 a 4, donde 4 representa la máxima adecuación del componente.

Tabla 1

Resultados de las evaluaciones de los jueces a los criterios para cada componente.

Componente	Criterio	Promedio de jurados	CVC final
Cuidado de la salud física	Claridad	3.50	0.84
	Coherencia	3.00	0.71
	Relevancia	3.67	0.88
	Suficiencia	2.83	0.67
Maternidad	Claridad	3.50	0.84
	Coherencia	3.33	0.80
	Relevancia	3.33	0.80
	Suficiencia	3.17	0.75
Estigmatización social (<i>prejuicio, estereotipos, discriminación</i>)	Claridad	3.17	0.75
	Coherencia	3.20	0.76
	Relevancia	3.23	0.77
	Suficiencia	3.17	0.75
Indicadores de desajuste psicosocial (<i>depresión, ansiedad, estrés, alteraciones en la atención</i>)	Claridad	3.50	0.84
	Coherencia	3.50	0.84
	Relevancia	3.50	0.84
	Suficiencia	3.50	0.84
Bienestar	Claridad	3.67	0.88
	Coherencia	2.67	0.63
	Relevancia	3.33	0.80
	Suficiencia	2.67	0.63

*Fuente: creación propia.

Interpretación de los resultados del índice de concordancia

El índice de concordancia constituye un procedimiento estadístico utilizado para determinar el grado de acuerdo entre los jueces expertos respecto a los criterios evaluados en la validación de contenido. Este proceso permite identificar el nivel de consistencia y pertinencia de los ítems de la guía psicoeducativa, garantizando su validez científica y coherencia conceptual antes de su aplicación final.

Los valores del CVC final oscilaron entre 0.63 y 0.88, lo que refleja niveles de concordancia que van desde moderados hasta altos. Siguiendo a Balbinoti (2004) como se citó en Hernández-Nieto (2002), los valores iguales o superiores a 0.70 se consideran aceptables para establecer una adecuada validez de contenido. En este sentido, componentes como Cuidado de la salud física (en el criterio de relevancia), Indicadores de desajuste psicosocial y Bienestar (Claridad) presentan una validez de contenido sólida. Por otro lado, los componentes con valores inferiores a 0.69.

Los resultados obtenidos en la validación de contenido evidenciaron que algunos componentes presentaron valores de CVC inferiores a 0.69, lo que indicó la necesidad de realizar ajustes para fortalecer su suficiencia, coherencia y relevancia conceptual. En particular, los componentes con puntuaciones más bajas fueron *Cuidado de la salud física* (*Suficiencia* = 0.67), *Bienestar* (*Coherencia* = 0.63) y *Relaciones interpersonales* (*Relevancia y Suficiencia* = 0.63). A partir de los comentarios cualitativos de los jueces expertos, se revisaron y reformularon los ítems correspondientes, con el propósito de garantizar una mayor claridad, cobertura y adecuación al contexto sociocultural de las trabajadoras sexuales.

Tras la revisión de los resultados del CVC y las observaciones a la luz de los criterios cuantitativos de los jueces expertos, se realizaron ajustes explícitos en los componentes que obtuvieron puntuaciones inferiores a 0.69. En primer lugar, el componente *Cuidado de la salud física* (pág. *Salud Física*, aprox. pág. 7 de la guía) fue ampliado para incluir determinantes sociales de la salud, factores psicosociales y contextuales, así como contenidos sobre descanso, prevención de enfermedades y salud sexual, superando la visión limitada a hábitos individuales. En el componente *Bienestar* (sección *Bienestar*, aprox. pág. 11), cuya coherencia obtuvo CVC = 0.63, se ajustó la redacción para fortalecer la relación entre bienestar físico, emocional y social, integrando la noción de equilibrio vital, actividades placenteras, autocuidado emocional y estrategias realistas para promover la calidad de vida. Finalmente, en *Relaciones interpersonales* (sección *Relaciones Interpersonales*, aprox. pág. 13), que presentó valores bajos en relevancia y suficiencia (0.63), se reformularon los contenidos para incluir con mayor claridad los riesgos asociados a vínculos poco saludables, la importancia de establecer límites, el papel de las redes de apoyo y la promoción de relaciones basadas en el respeto y la autonomía. Estos ajustes permitieron mejorar la claridad, coherencia y alineación conceptual de los componentes con el contexto sociocultural de las trabajadoras sexuales, fortaleciendo su validez de contenido.

Por su parte, el componente *Bienestar* obtuvo una puntuación baja en coherencia, ya que el texto original definía este concepto como un estado general de satisfacción personal, sin diferenciar sus dimensiones ni vincularlo con la realidad concreta de las participantes. Los jueces recomendaron que el bienestar fuera comprendido desde una mirada más relacional y dinámica, teniendo en cuenta las condiciones sociales, económicas y emocionales que atraviesan la vida de las mujeres. En consecuencia, el contenido fue ajustado para definir el bienestar como una construcción contextual, en la que confluyen la autonomía, la agencia personal y la participación

en redes de apoyo. De igual forma, se reemplazaron las formulaciones abstractas por ejemplos concretos y se adoptó un lenguaje más accesible, con el fin de garantizar la coherencia entre la teoría y la aplicabilidad del concepto en la práctica psicoeducativa.

Finalmente, el componente *Relaciones interpersonales* fue uno de los que presentó menor nivel de acuerdo entre los jueces, especialmente en los criterios de relevancia y suficiencia. En su versión inicial, el texto se enfocaba en las relaciones afectivas de manera general, sin contemplar con el suficiente énfasis aspectos como el estigma, la discriminación y las condiciones laborales propias del trabajo sexual afectan la calidad de los vínculos. Los jueces destacaron que era necesario contextualizar y enfatizar aún más este componente, integrando las experiencias de las trabajadoras sexuales y los desafíos que enfrentan en sus relaciones familiares, de pareja y comunitarias. En la versión ajustada, el componente fue reformulado para abordar las relaciones interpersonales en contextos de vulnerabilidad, resaltando la importancia de la empatía, la comunicación asertiva, el apoyo mutuo y el autocuidado emocional. Además, se añadieron ejemplos relacionados con las dinámicas sociales y laborales de las participantes, lo que permitió reforzar su pertinencia cultural y su aplicabilidad en procesos de intervención psicoeducativa.

En conjunto, los ajustes realizados a estos tres componentes respondieron a las observaciones cualitativas de los jueces expertos y permitieron optimizar la claridad, la coherencia interna y la adecuación cultural del instrumento. Las modificaciones fortalecieron la validez de contenido de la guía psicoeducativa, procurando que los materiales resultantes representen de manera más precisa las condiciones reales y las necesidades de las trabajadoras sexuales, contribuyendo así a su bienestar integral y a la pertinencia social de la intervención.

Discusión y Conclusiones

El propósito de este estudio fue examinar la validez de contenido de una cartilla psicoeducativa orientada a la promoción de la salud integral de las trabajadoras sexuales, con el fin de responder a una necesidad social identificada, vinculada al conocimiento de los factores personales, sociales y contextuales que inciden en su bienestar. Este objetivo surgió de la identificación de ausencia de instrumentos psicoeducativos validados que aborden de manera integral las condiciones de salud física, mental y social de esta población, tomando en cuenta su realidad y experiencias cotidianas y en el contexto social y cultural del estudio.

La salud integral y el bienestar de las trabajadoras sexuales están estrechamente relacionados con variables sociales y emocionales que inciden en su calidad de vida. Factores como el estigma, la discriminación, la precariedad económica y la exclusión social afectan su salud mental y física (Maza, 2014). Por ello, la propuesta de una herramienta psicoeducativa que promueva el autocuidado, la comunicación efectiva y el fortalecimiento de la autoestima, que son categorías relacionadas con estas necesidades, se constituye en una respuesta desde un abordaje interdisciplinar de la psicología que incluye entre otros aspectos, las dimensiones sociales, comunitaria, educativa y de la salud, a esta necesidad social identificada.

La revisión de antecedentes permitió reconocer que las trabajadoras sexuales enfrentan condiciones estructurales de desigualdad y desprotección que obstaculizan su acceso a servicios de salud y a espacios de acompañamiento psicosocial (Chenche, 2021). Frente a esta realidad, el desarrollo y validación de una cartilla psicoeducativa cobró relevancia al promover el bienestar integral a partir de estrategias de empoderamiento, autorreflexión y fortalecimiento de habilidades personales (Tafur et al., 2021).

Por su parte, la justificación del estudio resaltó la relevancia científica y social de diseñar materiales educativos validados en su contenido, que integren la comprensión teórica de la salud y el bienestar con estrategias pedagógicas para su implementación desde la psicoeducación. Tal como señaló Mayo (1972), los factores humanos y sociales son determinantes en la satisfacción y la cohesión colectiva; por tanto, intervenir sobre el bienestar psicológico y social representa una oportunidad para mejorar las condiciones de vida de poblaciones históricamente marginadas. En este sentido, la validación de la guía no solo responde a una necesidad empírica, sino que busca contribuir a la promoción del bienestar y a la garantía de derechos desde un enfoque de inclusión y reconocimiento social.

Desde esta perspectiva, la necesidad identificada en el estudio no solo se centró en evaluar la pertinencia de los contenidos psicoeducativos, sino construir una ruta para avanzar hacia su validación empírica y tratar de garantizar que la herramienta cumpla con criterios de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia. Dicho proceso requerirá de un abordaje desde una mirada interdisciplinaria que articule el rigor metodológico del paradigma empírico analítico, entendido como el enfoque que privilegia la descripción, la predicción y la comprobación de los efectos observables en la población de mujeres trabajadoras sexuales. Desde esta perspectiva, se busca identificar si el uso de la cartilla produce cambios medibles en variables, garantizando resultados objetivos y verificables, tal como se señala en los estudios sobre salud mental realizados por la Universidad Nacional de Colombia (Herazo et al., 2023).

A su vez, se integra la comprensión del paradigma crítico social, el cual concibe la validación como un proceso participativo y contextual, en el que las trabajadoras sexuales son coautoras del conocimiento y no meras receptoras. Esta mirada reconocer la importancia de los

significados culturales, las relaciones del poder y las experiencias que configuran su realidad, promoviendo una construcción colectiva orientada a la transformación social (Zarama, 2016). Desde este enfoque, la intervención psicoeducativa adquiere un sentido ético y emancipador, al buscar superar las condiciones de exclusión, desigualdad y estigma que enfrentan las mujeres trabajadoras sexuales, de acuerdo con los aportes recientes sobre los factores psicosociales y educación transformadora (Portilla et al., 2022).

La articulación de las estrategias metodológicas para la validación favorecerá una comprensión de la forma en como la guía como herramientas contribuye al mejoramiento de la salud de esta población. Mientras el enfoque empírico analítico aporta la rigurosidad técnica en la validación, el paradigma crítico social permite dotar de sentido ético, político y emancipador a la intervención. Así, la validación empírica de la cartilla psicoeducativa busca no solo confirmar su coherencia técnica, sino también su capacidad para promover procesos de autonomía, autocuidado y reconocimiento del bienestar integral, fortaleciendo la dignidad y el poder de acción de las trabajadoras sexuales (Maza, 2023).

Implicaciones teóricas

Desde el punto de vista teórico, el estudio aporta a la comprensión del bienestar integral como un fenómeno multidimensional, en el que confluyen factores psicológicos, sociales y culturales. Retoma los aportes de Mayo (1972), quienes destacan la influencia de las condiciones sociales y emocionales sobre la salud y el desarrollo humano. De esta forma, la investigación amplía los marcos conceptuales de la psicoeducación al incorporar las experiencias de las trabajadoras sexuales como fuente legítima de conocimiento y reflexión social.

Implicaciones Metodológicas

Las implicaciones metodológicas de este estudio se evidencian en el proceso de validación de contenido realizado para la cartilla psicoeducativa, en el cual se integraron criterios propios del paradigma empírico analítico. Desde el enfoque empírico analítico, se garantizó rigurosidad en la valoración de la claridad, coherencia y pertinencia de los contenidos, apoyándose en referentes que destacan la importancia de medir constructos asociados al bienestar y las habilidades relacionales (Clark y Lemay, 2010; Tafur et al., 2021).

Implicaciones prácticas

Las implicaciones prácticas de este estudio se reflejan en la posibilidad de contar con una herramienta psicoeducativa diseñada para fortalecer el bienestar y la salud integral de los trabajadores sexuales, contribuyendo a reducir las experiencias de estigmatización y marginación que afectan sus vínculos y su calidad de vida (Maza, 2023). Al promover habilidades como la comunicación asertiva, la empatía y el reconocimiento propio y mutuo (Tafur et al., 2021; Chenche et al., 2023), la cartilla facilita procesos de empoderamiento personal y social que pueden favorecer relaciones más saludables y entornos menos excluyentes. Además, ofrece a profesionales y organizaciones un recurso aplicable en intervenciones comunitarias orientadas a promover bienestar, participación y cohesión en contextos históricamente vulnerados.

Vacíos y Limitaciones

En primer lugar, la validación de contenido se realizó con la participación de tres jueces expertos, cuyos perfiles correspondían al campo de la psicología. Esta composición aportó rigor técnico y permitió obtener una evaluación sólida desde esta disciplina; sin embargo, la limitación no estuvo relacionada con la cantidad de jueces, sino con la falta de diversidad disciplinar y

cultural entre sus perfiles. La ausencia de profesionales provenientes de áreas como la salud pública, el trabajo social o los estudios de género redujo la posibilidad de incorporar perspectivas complementarias que hubieran enriquecido el análisis desde enfoques multidimensionales. Específicamente, aunque existen metodologías como el método Delphi descrito originalmente por Dalkey y Helmer (1963) en la RAND Corporation, el cual recomienda rondas sucesivas de evaluación y la inclusión de paneles interdisciplinarios, este no era esencial para los objetivos del presente estudio. No obstante, su implementación en futuras fases del proyecto podría fortalecer la triangulación, diversificar los criterios de valoración y robustecer aún más la validez de contenido.

En segundo lugar, el contexto de aplicación se circunscribió a un entorno geográfico y social específico las trabajadoras sexuales de Bogotá de manera que los resultados no pueden generalizarse automáticamente a otros escenarios del país donde las condiciones estructurales, culturales y simbólicas del trabajo sexual son distintas. Sin embargo, en este sentido son muy pertinentes para el contexto en el que se realizó.

De igual modo, si bien se articulan los paradigmas empírico analítico y crítico social, el componente cuantitativo de la validación tuvo mayor peso que el cualitativo, lo cual restringe la comprensión profunda de los significados, percepciones y dinámicas simbólicas asociadas a las categorías de bienestar, maternidad y estigma. Finalmente, se reconoce que el uso de criterios técnicos estandarizados como claridad, coherencia, relevancia y suficiencia, aunque aportan rigor, pueden no capturar plenamente los matices culturales y lingüísticos propios de la población destinataria.

Es necesario aclarar que el documento no plantea una articulación entre los paradigmas empírico-analítico y crítico-social, por lo que no es correcto afirmar que la validación de contenido se desarrolló desde ambos enfoques. La referencia al paradigma crítico-social provino de una sugerencia metodológica complementaria, orientada a considerar, en futuros procesos, la inclusión de las voces y experiencias de las mujeres participantes, pero no como parte del diseño paradigmático del estudio. En este sentido, aunque la iniciativa tiene un propósito crítico en cuanto a su intención social y transformadora, ello no implica la adopción de un enfoque crítico-social en el proceso de validación. Por el contrario, la validación de contenido realizada se enmarca exclusivamente en el enfoque empírico-analítico, el cual permite obtener indicadores cuantitativos de claridad, pertinencia, coherencia y adecuación de los ítems evaluados, sin que exista articulación paradigmática con otras perspectivas. No obstante, es pertinente señalar que durante la fase de construcción del instrumento sí se incorporaron insumos cualitativos, así como en el apartado de observaciones de la evaluación realizada por los jueces. A partir de ello, se sugiere que para la continuidad de esta validación se integren procesos participativos adicionales, tales como espacios de discusión entre los jueces y potenciales usuarias, que permitan complementar los criterios técnicos y aportar una mirada más situada, cultural y lingüísticamente sensible al proceso de validación de contenido.

Pese a estas limitaciones, la investigación aporta avances significativos en la producción de instrumentos psicoeducativos adaptados a contextos sociales específicos, abriendo nuevas líneas de exploración que invitan a fortalecer la participación, la transversalidad y el diálogo entre saberes. En este sentido, emergen diversos interrogantes que orientan futuras investigaciones.

Entre ellos, se destaca la necesidad de profundizar en cómo ampliar el proceso de validación incorporando la voz directa de las trabajadoras sexuales como coevaluadoras o colaboradoras, garantizando así un proceso más inclusivo, ético y culturalmente pertinente.

También resulta pertinente explorar las variaciones en la percepción de salud mental, maternidad y autocuidado entre trabajadoras sexuales de diferentes regiones o nacionalidades, identificando los factores que configuran dichas diferencias.

Otro interrogante relevante apunta a evaluar el impacto de la implementación práctica del modelo psicoeducativo en la reducción del estigma, la promoción del bienestar emocional y el fortalecimiento del empoderamiento personal y colectivo. Este seguimiento permitiría no solo verificar su eficacia, sino también adaptar sus contenidos a escenarios comunitarios diversos.

Asimismo, se propone examinar cómo podrían articularse estrategias interinstitucionales que integren los sectores de salud, educación, justicia y trabajo social para garantizar la sostenibilidad del modelo psicoeducativo y la protección de los derechos de las trabajadoras sexuales. Igualmente, se abre la posibilidad de investigar las tensiones entre los discursos institucionales sobre el trabajo sexual y las experiencias subjetivas de las mujeres, visibilizando los vacíos que persisten entre las políticas públicas y la realidad social.

Por último, profundizar en la aplicación de la teoría bioecológica de Bronfenbrenner (1987) para evaluar cómo los distintos niveles del entorno (micro, meso, exo y macrosistema) influyen en la eficacia del modelo y en los procesos de empoderamiento. A partir de ello, se podrían construir indicadores específicos para medir la transformación social, la autonomía y la mejora del bienestar integral derivada del uso de la cartilla psicoeducativa.

En conjunto, estas proyecciones plantean la continuidad de una agenda investigativa orientada no solo a perfeccionar metodológicamente la herramienta, sino también a consolidar su dimensión ética, política y emancipadora, en coherencia con el propósito central de promover la dignidad, la salud y el reconocimiento social de las trabajadoras sexuales en Colombia.

Referencias

- Acien, E., Resina, M. (2023). Prostitución y Maternidad. Explorando la Implicación y Suma de Estigmas. *Gazeta de Antropología*, 39(2), Artículo 03.
<http://dx.doi.org/10.30827/Digibug.84343>
- Acuña, E. (2018). La Infancia Desde la Perspectiva del Psicoanálisis: Un Breve Recorrido por la Obra Clásica de Freud y Lacan; Klein y los Vínculos Objetales. *Tempo Psicanalítico*, 50 (1), 325-353. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382018000100016
- Albarracín, I., Ariza L. (2024). Principales Problemáticas a Nivel de Salud Mental de las Trabajadoras Sexuales de Bogotá. Tesis de pregrado. Repositorio Institucional Universidad Cooperativa de Colombia. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/57656>
- Álvarez, L., Romero L. (2023). Análisis de la Reforma Del Sistema de Salud Propuesto Por el Gobierno de Colombia: 2022-2026. Institución universitaria Antonio José Camacho.
<https://repositorio.uniajc.edu.co/server/api/core/bitstreams/675dd1fa-b0dd-4224-938d-9fb38fe25bc4/content>
- Amaya, A., Canaval G., Viáfara E. (2005). Estigmatización de las Trabajadoras Sexuales: Influencias en la Salud. *Colombia Médica*, 36 (3), 65 - 74.

- Amaya, A. (2023). Estigmatización de las Trabajadoras Sexuales: Influencias en la Salud. Colombia Médica, 54, artículo 378.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aretio, A. (2010). Una Mirada Social al Estigma de la Enfermedad Mental. ResearchGate. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/228636093_Una_mirada_social_al_estigma_de_la_enfermedad_mental
- Ávila, S. (2016). Estigma y Trabajo Sexual en Colombia: La Construcción de Cuerpos Deseables. Revista de la Escuela de Antropología, (XXII), 153–169. <https://doi.org/10.35305/revistadeantropologia.v0iXXII.8>
- Balbinotti, M. (2004). Propriedades Psicométricas. Versão Brasileira do Inventário de Motivação para Aprender de Guimarães. Avaliação Psicológica, 3(2), 129–138.
- Balbinotti, M., Benetti, C., & Terra, P. (2007). Translation and Validation of Content: Proposal for a New Index. Psicologia: Reflexão e Crítica, 20(3), 411–418.
- Basain, J., Valdés M. (2023). La Salud Física y la Neuro-plasticidad Como Elementos Preventivos en el Estado de Bienestar Humano. GADE: Revista Científica, 3(2). ISSN: 2745- 2891.
- Bellhouse, C., Crebbin, S., Fairley, C., Bilardi, J. (2015). El Impacto de las Relaciones Románticas Personales de las Mujeres y la Separación Mental Entre su Vida Laboral y Personal: Un Estudio de Métodos Mixtos. National Library of Medicine. <https://pmc->

[ncbi-nlm-nih-](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/translate.google/articles/PMC4627728/?x_tr_sl=en&x_tr_tl=es&x_tr_hl=es&x_tr_pto=tc)

[gov.translate.google/articles/PMC4627728/? x tr sl=en& x tr tl=es& x tr hl=es& x tr](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/translate.google/articles/PMC4627728/?x_tr_sl=en&x_tr_tl=es&x_tr_hl=es&x_tr_pto=tc)
[_pto=tc](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/translate.google/articles/PMC4627728/?x_tr_sl=en&x_tr_tl=es&x_tr_hl=es&x_tr_pto=tc)

Benoit, C., McCarthy, B., Jansson, M. (2016). Stigma, Sex Work, and Substance Use: A Comparative Analysis. *Sociology of Health & Illness*, 38(4), 437–451.

<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12201>

Betancurth, D., Vélez, C., Sánchez, N., Jaramillo, C. (2024). Equidad y Trabajo Sexual: Un Análisis a la Luz de los Determinantes Sociales de la Salud. *Equidad y Desarrollo*, (44), e1656.

Booth, F., Roberts, C., Laye, M. (2012). Lack of Exercise is a Major Cause of Chronic Diseases. *Comprehensive Physiology*, 2(2), 1143-1211. Lack of Exercise Is a Major Cause of Chronic Diseases.

Borrero, A. (2005). Estigma y Trabajo Sexual en Colombia: La Construcción de Cuerpos Deseables.

https://www.researchgate.net/publication/343241394_Estigma_y_trabajo_sexual_en_Colombia_la_construccion_de_cuerpos_deseables

Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano*. Traducción de la edición original de 1979. Paidós. Recuperado de <https://dokumen.pub/la-ecologia-del-desarrollo-humano-t-8308143.html>

Cadena SER. (2024). Más de Cuatrocientas Trabajadoras Sexuales han sido Atendidas en lo que va de Año por Oblatas en la Región de Murcia.

<https://cadenaser.com/murcia/2024/09/04/mas-de-cuatrocientas-trabajadoras-sexuales-han-sido-atendidas-en-lo-que-va-de-ano-por-oblatas-en-la-region-de-murcia-radio-murcia/>

Caicedo, J. (2021). La Prostitución en Colombia, un Camino Hacia la Formalización. *Ágora USB*, 21(2), 748-759. <https://doi.org/10.21500/16578031.5101>

Callejas, I., Piña, A. (2005). Estigma y Discriminación en la Juventud. *Redalyc*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/325/32513409.pdf>

Camacho, E., Palacin, N., Ortega, L., Cruz, M., Palacin, E., Martínez, S., Martínez, A., Meriño, J., Ortega S., Ortega, L., Camacho, M., et al. (2018). Las TICs como Herramienta Pedagógica para el Fortalecimiento de las Relaciones Interpersonales y la Sana Convivencia. *Cultura, Educación y Sociedad*, 9 (3), 581-590.
<https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionysociedad/article/view/2236>

Cassaretto, M. Martínez, P. (2017). Validación de las Escalas de Bienestar, de Florecimiento y Afectividad. *Pensamiento Psicológico*, 15 (1), 19-31.
<https://www.redalyc.org/journal/801/80149351002/html/>

Cerezo, S., Hurtado, C. (2011). Principales Aportaciones a la Medicina Conductual de Joseph Dominic Matarazzo. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2), 57–66.
<https://doi.org/10.22201/fesi.20070780.2011.3.2.30218>

Clark, M., Lemay, E. (2010). Close Relationships. Science Laboratory, Yale University.
<https://clarkrelationshiplab.yale.edu/sites/default/files/files/Close%20relationships.pdf>

- Cobo, R., Parra, J., García D. (2020). Análisis Psicométrico del Perfil de Bienestar «PERMA-Profiler» en una Muestra de Estudiantes de Psicología. Anuario de Psicología.
<https://doi.org/10.1344/anpsic2021.51.5>
- Collaguazo, T., y Pesantes, K. (2023). Bienestar Psicológico y Trabajo Sexual: El Caso de las Trabajadoras Sexuales del Centro Histórico de Quito. Tesis de grado, Universidad Politécnica Salesiana. <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/25350>
- Contreras, F., Esguerra, G. (2006). Psicología Positiva: Una Nueva Perspectiva en Psicología. Diversitas: Perspectivas en Psicología, 2 (2), 311-319.
<https://www.redalyc.org/pdf/679/67920210.pdf>
- Csikszentmihalyi, M. (2000). Fluir (FLOW) Una Psicología de la Felicidad. Editorial Kairós, Barcelona. Recuperado de <https://www.facilitadores-alfa.org/wp-content/uploads/2020/10/Fluir-una-Psicologia-de-la-Felicidad.-Mihaly-Csikszentmihaly.pdf>
- Delgado, L., Ramírez, J., Torres, M. (2023). Community Cohesion and Mental Health in Vulnerable Populations: A Latin American Perspective. Journal of Community Psychology, 51(1), 58–70.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2023). Estadísticas Vitales - Defunciones no Fetales 2023.
- Eljaiek, M., García, D., Jinete, J. (2019). La Maternidad y el Ejercicio de la Prostitución: Representaciones Sociales de las Mujeres Trabajadoras Sexuales del Barrio Santa Fé de

- la Ciudad de Bogotá D.C. [Trabajo de grado, Universidad Cooperativa de Colombia].
Repositorio Institucional UCC.
- Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fernández, L., Vilariño, M. (2018). Historia, Investigación y Discurso de la Psicología Positiva: Un Abordaje Crítico. *Terapia Psicológica*, 36(2), 123–133.
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082018000200123>
- Figuerola, M., Laverde, M., Perdomo, M., Zea, K., Agudelo, A., Martínez, M. (2023).
Percepciones Sobre Salud (física, mental y bucal) en un Grupo de Mujeres en Situación de Prostitución en la Ciudad de Medellín. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 35(1), 6–24.
- Fitzpatrick, K., Harris C., Drawve G. (2022). Housing Insecurity and Mental Health in the Context of COVID-19. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(1), 135–143.
- Footer, K., Park, J., Allen, S., et al. (2022). Structural Vulnerability, Stigma and Mental Health Among Female Sex Workers: A Mixed-methods Study. *Social Science & Medicine*, 306, 115178.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la Sexualidad. Volumen I: La Voluntad de Saber* (11.^a ed.). Siglo XXI Editores.
- Franco, M. C., Rodríguez Delgado, K. Y., & Mina Díaz, L. (2022). Las experiencias de mujeres trabajadoras sexuales de la ciudad de Cali con relación al derecho a la salud y

condiciones sanitarias de su lugar de trabajo (Trabajo de grado). Universidad Santiago de Cali. Repositorio institucional.

Ganson, K., Weiser, S., Nagata, J. (2022). Employment Instability and Mental Health: A Longitudinal Study Among Young Adults. *Social Science & Medicine*, 295, 113691.

Gómez, J. Correa, M. (2022). Mujer, Madre, Trabajadora Sexual, no "Prostituta". Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10554/63336>

Gómez, M., Buitrago, A., Betancourt, N., Forero, H., Saavedra, A. (2023). Hacia una Educación Sexual Integral: Inclusión de la Diversidad Sexual en el Programa COMPAS en Colombia. *Pensamiento Psicológico*, 21(2), e1866.
<https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI21.espc>

González, A., Molero, M. (2023) Bienestar Personal Durante la Adolescencia Según el Modelo Perma: Una Revisión Sistemática. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-715X2023000100252&script=sci_arttext

Harper, R., Csikszentmihalyi, M. (2015). *Flow The Psychology of Optimal Experience*.
https://www.researchgate.net/publication/224927532_Flow_The_Psychology_of_Optimal_Experience

Herazo, E., Campo, A., Oviedo, H. (2023). Estigma Dificulta Acceso a Servicios de Salud Mental Adecuados e Integrales. Agencia de Noticias UNAL. Recuperado de https://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/estigma-dificulta-acceso-a-servicios-de-salud-mental-adecuados-e-integrales?utm_source=

- Hernández, N. (2002). *Contribuciones al Análisis Estadístico*. Universidad de Los Andes.
- Insuasti, J. (2025). *Investigación en Seguridad y Salud en el Trabajo Con Trabajadoras Sexuales: una Revisión Sistemática*. Trabajo de grado. Repositorio UNIMINUTO.
<https://repository.uniminuto.edu/items/7e6587ac-b595-41b3-8aae-33d2c6f581e3>
- Jiménez, D., & Ospina, D. (2023). *Diseño de Una Intervención para el Mejoramiento de la Salud Mental de Las Trabajadoras Sexuales Del Barrio Santa Fe, Bogotá*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Jiménez, V., Ospina, D. (2023). *Maternar Desde la Calle: Estrategias de Cuidado en Trabajadoras Sexuales Del Barrio Santa Fe*. *Revista Colombiana de Trabajo Social*, 40(2), 115–132.
- Johnson, S., Jones A., Patel, R. (2022). *Addressing Structural Determinants of Health Among Sex Workers: A Systematic Review*. *The Lancet Public Health*, 7(3), e204–e215.
- Johnson, L., Platt L., Hocking J. S. (2022). *Interventions to Improve Health and the Determinants of Health Among Sex Workers in High-income Countries: A Systematic Review*. *The Lancet Public Health*, 7(6), e495–e504.
- Jones, A., Patel, V. (2021). *Barriers to Accessing Mental Health Care in Underserved Populations*. *Global Mental Health*, 8, e12.
- Kenneth S., Kendler, K. (2016). *The Phenomenology of Major Depression and the Representativeness and Nature of DSM Criteria*. *The American Journal of Psychiatry*, 173(8), 771–780. <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2016.15121509>

- Keyes C. (1998). Social Well-Being. Published By: American Sociological Association. Social Psychology Quarterly, 61 (2), 121-140. <https://www.jstor.org/stable/2787065>
- León, L., Bustamante, M. (2024). Razones por las que Predomina el Trabajo Informal en Prostitución Entre Madres Cabeza de Familia Entre los 18 y 30 Años en Itagüí [Trabajo de grado]. Tecnológico de Antioquia, Institución Universitaria.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López A., Rodríguez, A. M., Aparicio, A. (2008). La Lucha Contra el Estigma y la Discriminación en Salud Mental. Una Estrategia Compleja Basada en la Información Disponible. Rev. de la Asoc. Esp. de Neuropsiq., 28 (101), 43-83, ISSN 0211-5735. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>
- Lyubomirsky, S. (2008). The How of Happiness: A New Approach to Getting the Life You Want. Penguin Press.
- Marmot, M. (2005). Social Determinants of Health Inequalities. The Lancet, 365 (9464), 1099-1104. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)71146-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)71146-6/abstract)
- Mayo, E. (1972). Problemas Humanos de una Civilización Industrial. https://www.academia.edu/32590108/Problemas_humanos_de_una_civilizacion_industrial
- Melo, O., Castañeda K., Peña E., Preciado K. (2019). Prácticas Promotoras del Autocuidado de la Salud de Mujeres en Ejercicio de Prostitución en Bogotá, Colombia. Revista Hacia la Promoción de la Salud, 24(2), 60-74. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.2.6>

- Méndez, I., Ryszard, M. (2005). El Desarrollo de las Relaciones Interpersonales en las Experiencias Transculturales: Una Aportación del Enfoque Centrado en la Persona. Universidad Iberoamericana, México.
<http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/014600/014600.pdf>
- Mendralles, I., Reyes, J. (2021). Evidencias Actuales Sobre los Efectos de la Actividad Física en el Adulto Mayor Con Sarcopenia.
<https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstreams/d0ecddbe-6167-4e75-a2c0-e544fed9b5a1/download>
- Messick, S. (1995). Validity of Psychological Assessment: Validation of Inferences from Persons' Responses and Performances as Scientific Inquiry into Score Meaning. *American Psychologist*, 50(9), 741–749.
- Miller, A., McLaughlin, K. (2020). Exposure to Violence and Psychopathology in Youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 489–513.
- Montañez, D., López, R. (2020). Estigma y Trabajo Sexual en Colombia: La Construcción de Cuerpos Deseables. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 11(1), 125–148.
- Montero, I., León, O. (2007). Guía para Nombrar Estudios de Investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847–862.
<https://www.redalyc.org/pdf/337/33770318.pdf>
- Morales, L., Paredes L., Pérez R. (2018). Actividad Física en el Marco de la Atención Primaria de Salud, Mirada Desde Los Actores. *Revista de Salud Pública*, 20 (4), 415-421.

- Oblitas, L. (2008). Psicología de la Salud: Una Ciencia Del Bienestar y la Felicidad. Avances en Psicología Latinoamericana, 16 (1), 9–38.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Clasificación Internacional de Enfermedades 11ª revisión (CIE-11). <https://icd.who.int/es>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2025). Salud Materna. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/health-topics/maternal-health>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). Colombia: Boletín Enero/Junio - 2023. <https://www.paho.org/es/documentos>
- Ortiz, V., Verdezoto, M., Villacís, J., Baquero, J. (2023). Adolescentes: Promiscuidad y Relaciones Sexuales: Una Mirada Desde la Psicología Clínica. Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 4(2). <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.734>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Unützer, J. et al. (2022). The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development. The Lancet, 392 (10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Perdomo, L., Villamil, D., Goberna, J. (2024). Self-Care Practices and Associated Sexual Health Risks Among Cisgender Women Sex Workers in Colombia. Sexuality Research & Social Policy, 21(2), 543-558. <https://doi.org/10.1007/s13178-024-00935-2>
- Perilla, M. (2023). Servicios de Salud, Actividades Sexuales Pagadas: Barreras y Oportunidades. Pensamiento Udecino, 9(9), 45-60. Recuperado de https://revistas.ucundinamarca.edu.co/index.php/Pensamiento_udecino/article/view/569/4

- Pérez, R., Sánchez, J., Díaz, R. (2008). Estigma Social y Salud Mental. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(1), 59–70.
- Pérez, N., Melgar, A. (2020). Maternidad e Identidad Materna: Deconstrucción Terapéutica de Narrativas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40 (138), 33–49.
<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v40n138/2340-2733-raen-40-138-0033.pdf>
- Platt, L., Grenfell, P., Meiksin, R., Elmes, J., Sherman, S. G., Sanders, T., Bonell, C. (2018). Associations Between Sex Work Laws and Sex Workers' Health: A Systematic Review and Meta-analysis of Quantitative and Qualitative Studies. *PLoS Medicine*, 15(12), e1002680. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002680>
- Porto, A., Cobero, C., Varandas, M., Ferraz, R., & de Campos, M. (2014). Medidas de Afectos en Dominios Específicos. *Universitas Psychologica*, 13(3), 1005 1016.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-3.made>
- Potter, L., Horwood J., Feder G. (2022). Access to Healthcare for Street Sex Workers in the UK: Perspectives and Best Practice Guidance from a National Cross-sectional Survey of Frontline Workers. *BMC Health Services Research*, 22(1), 178.
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-07581-7>
- Rada, R., Arrieta, Y., & Paternina, Y. (2021). Relación Entre las Habilidades Sociales y el Bienestar Psicológico en Trabajadoras Sexuales. *Revista Desarrollo e Innovación Social*, 2(2). <https://www.researchgate.net/publication/357280735>

- Ramírez, M., Ramírez, S., Acosta, J. (2021). Factores Psicosociales Laborales que Afectan a Trabajadoras Sexuales en Bogotá e Intervención Desde la Andragogía. *Noria Investigación Educativa*, 1(9), 86-105.
- Rivera, M. (2001). *Textos del cuerpo*. Icaria Editorial.
- Rodríguez, A. (2023). *Salud Mental y Trabajo Sexual: Intervención Participativa con Mujeres Del Barrio Santa Fé en Bogotá*. Repositorio Institucional.
- Rodríguez, A., Goñi A. (2011). La Estructura Tridimensional del Bienestar Subjetivo. *Anales de Psicología*, Universidad de Murcia, España.
<https://www.redalyc.org/pdf/167/16720051008.pdf>
- Romero, M., Murcia, P. (2022). Riesgo Psicosocial y Estrés Laboral en Trabajadoras Sexuales en Bogotá. *Noria Investigación Educativa*, 16 (31), 101–117.
- Rose, N. (2007). *La Política de la Vida: Biomedicina, Poder y Subjetividad en el Siglo XXI*. Paidós.
- Sánchez, H. (2022). Salud Mental, Salud Psicológica y Desajustes Del Comportamiento. *Ciencia y Psique*, 1(1), 13-29.
- Sanabria, L., Pérez, D., Gómez, M., & Rodríguez, P. (2024). Salud Mental y Condiciones Sociales de las Trabajadoras Sexuales en Colombia: Un Análisis de Prevalencias y Determinantes Estructurales. *Revista Colombiana de Psicología*, 33(1), 45–60.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.

Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. McGraw-Hill.

Shannon, K., Strathdee, S., Goldenberg, S., Duff, P., Mwangi, P., Rusakova, M., et. al. (2015).

Global Epidemiology of HIV Among Female Sex Workers: Influence of Structural Determinants. *The Lancet*, 385 (9962), 55–71. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60931-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60931-4)

Smith, L., Yates, T., Lavender, T. (2023). Discrimination and Mental Health: A Review of Longitudinal Research. *Psychiatry Research*, 321, 115066.

Solar, O., Irwin, A. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. World Health Organization.

Tafur, R., Soriano, R., Huamán, S. (2021). Percepciones de los Docentes de Dos Instituciones Educativas de Lima Metropolitana Sobre sus Relaciones Interpersonales. *Horizonte de la Ciencia, Universidad Nacional del Centro del Perú*, 11 (21), 151-164.
<https://www.redalyc.org/journal/5709/570967307011/570967307011.pdf>

Tagle, J. Amster, M. (2024). *El Poder Del Asombro*. Ediciones Obelisco, España.

Toro, L. (2020). *Fortalecimiento de Las Relaciones Interpersonales Desde los Lenguajes Expresivos por Medio de Estrategias Lúdico-Pedagógicas en la Institución Educativa Jesús María - El Rosal*. Institución Universitaria Tecnológico de Antioquia, Medellín.
<https://dspace.tdea.edu.co/server/api/core/bitstreams/08b2608b-fca1-4604-88bb-a6427a249f5a/content>

Torres, L. (2021). *Dinámicas Laborales Entre Trabajadoras Sexuales Colombianas y Venezolanas en la Zona de Tolerancia del Barrio Santa Fe*. Periodismo y Opinión

Pública. Universidad del Rosario.

<https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/249f65a1-59d8-463c-8078-043de5b62cea/content>

Tristán, A. (2008). Modificación al Modelo de Lawshe para el Dictamen Cuantitativo de la Validez de Contenido de un Instrumento Objetivo. *Avances en Medición*, 6, 37–48.

UNAIDS. (2022). In Danger: Global AIDS Update 2022. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

Varela, F. (1996). *Invitation Aux Sciences Cognitives*. Éditions du Seuil.

Vargas, D., Martínez, T. (2023). Empoderamiento Comunitario en Comunidades de Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica: Una Revisión Sistemática. *Pensamiento Americano*, 16(32), 625–648. <https://doi.org/10.21803/penamer.16.32.625>

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J., Gómez D. (2009). Bienestar Psicológico y Salud: Aportaciones Desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(1), 15–28.

Walby, S. (1990). *Theorizing the Patriarchy*. Basil Blackwell.

Wallace, D. (2005). *The foundations of Physical Health: A holistic approach*. Academic Press.

Wanjiru, R., Nyariki, E., Babu, H., Lwingi, I., Liku, J., Jama, Z., Kung'u, M., Ngurukiri, P., Nyamweya, C., Shah, P., Okumu, M., Weiss, H., Kaul, R., Beattie, T., Kimani, J., Seeley, J. (2022). Beaten But Not Down! Exploring Resilience Among Female Sex Workers (FSWs) in Nairobi, Kenya. *BMC Public Health*, 22, 965. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13387-3>

Whitney, E., Rolfes S. (2019). Understanding Nutrition (15th ed.). Cengage Learning.

World Health Organization (WHO). (1948). Constitution of The World Health Organization.

<https://www.who.int/about/governance/constitution>

World Health Organization (WHO). (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.

Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá, 17–21 de noviembre de 1986. <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>

World Health Organization (WHO). (2023). Depression.

World Health Organization (WHO). (2025). Noncommunicable Diseases: Key Facts and Global

Data. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Yaden, D., Kaufman, S., Hyde, E., Chirico, A., Gaggioli, A., Zhang W. & Keltner, D. (2018).

The Development of the Awe Experience Scale (AWE-S): A Multifactorial Measure for a Complex Emotion, The Journal of Positive Psychology.

https://www.researchgate.net/publication/326463763_The_development_of_the_Awe_Experience_Scale_AWE-S_A_multifactorial_measure_for_a_complex_emotion

Anexo

Link de la guía psicoeducativa:

<https://heyzine.com/flip-book/a8c671a9af.html>