

REPÚBLICA DEL ECUADOR



**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES
UNIVERSIDAD DE POSGRADO DEL ESTADO**

Trabajo de titulación para obtener la Maestría de Investigación Políticas Públicas
para la Prevención Integral de Drogas

TÍTULO DE LA TESIS

**FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN EL CONSUMO DE
DROGAS EN TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD – CENTRO HISTÓRICO**

Autor: Gabriela Elizabeth López Proaño
Director: Dra. Viviane Monteiro Santana

Quito, Junio de 2021

AUTORÍA

Yo, GABRIELA ELIZABETH LÓPEZ PROAÑO, psicóloga clínica, con CC 1721396677, declaro que las ideas, juicios, valoraciones, interpretaciones, consultas bibliográficas, definiciones y conceptualizaciones expuestas en el presente trabajo, así como los procedimientos y herramientas utilizadas en la investigación, son de absoluta responsabilidad de el/la autor/a del trabajo de titulación. Asimismo, me acojo a los reglamentos internos de la universidad correspondientes a los temas de honestidad académica.



Firma

GABRIELA ELIZABETH LÓPEZ PROAÑO
C.I.: 1721396677

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

"Yo, GABRIELA ELIZABETH LÓPEZ PROAÑO, cedo al IAEN, los derechos de publicación de la presente obra por un plazo máximo de cinco años, sin que deba haber un reconocimiento económico por este concepto. Declaro además que el texto del presente trabajo de titulación no podrá ser cedido a ninguna empresa editorial para su publicación u otros fines, sin contar previamente con la autorización escrita de la universidad."

Quito, Junio, 2021



Firma

GABRIELA ELIZABETH LÓPEZ PROAÑO
C.I.: 1721396677

DEDICATORIA

Dedico esta Tesis a mi hijo amado, por todo el tiempo que no pude estar a su lado por seguir forjándome como profesional para ser un ejemplo en su vida.

A mi familia quienes siempre estuvieron a mi lado alentándome para continuar pese a las adversidades.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Dra. Viviane Monteiro por su apoyo y motivación a lo largo de toda la realización de esta investigación y por los conocimientos impartidos en ese camino juntas; a la Ms. Silvia Corella por todas las gestiones realizadas como coordinadora de la maestría y por su apoyo incondicional y también a la Sra. Nelly Hernández, presidenta de la Asociación Unidas por nuestros derechos quien me dio la apertura para poder realizar esta investigación con el grupo de trabajadoras sexuales a su cargo.

A mi familia por motivarme a culminar mis estudios y lograr este meta profesional y por todo el apoyo que me han brindado a lo largo de este largo camino, en especial a mi madre quien es mi ejemplo de vida.

RESUMEN EJECUTIVO

En el presente trabajo, se analiza, los factores psicosociales que inciden en el consumo de drogas de las trabajadoras sexuales que acuden al centro de salud Centro Histórico. La problemática de la prostitución vinculada al consumo de drogas involucra estructuras tanto políticas, jurídicas, sociales, culturales y propias del individuo como es la personalidad.

La investigación analizará este tema a partir de la correlación de variables que permiten profundizar la dinámica que existe entre el consumo de drogas y las trabajadoras sexuales. Los resultados de la investigación se convierten en un referente que sirve para realizar futuros estudios de índole académica, científica y social.

A partir del análisis demográfico y psicosocial de 110 trabajadoras sexuales que ejercen sus actividades en el Centro Histórico de la Ciudad de Quito. Se conocerá cuáles son las sustancias de mayor consumo y la frecuencia de uso de las mismas. Esto se efectuará a partir del análisis de datos tanto sociodemográficos, psicosociales y relacionados con el consumo de drogas, etc.

La investigación abordará la problemática desde el análisis descriptivo y cuantitativo de las variables que permitirán responder a las preguntas: ¿Cuáles son los factores que influyen en el consumo de drogas en las trabajadoras sexuales que acuden al centro de salud? y ¿Cuáles son las drogas con mayor prevalencia de consumo en las trabajadoras sexuales?

El consumo de drogas está comúnmente asociado como un eficaz estimulante que permite evadir una realidad que podría considerarse como hostil, además inhibir sensaciones de incomodidad como son los actos de abuso, violencia y en al algún caso para enfrentar la explotación y el abandono. Las drogas de mayor consumo en trabajadoras sexuales son: alcohol, marihuana, tabaco, cocaína, entre otras.

PALABRAS CLAVE: Prostitución, socioeconómico, pobreza, explotación, sexualidad, psicosocial, político, jurídico, consumo, drogas, políticas, análisis.

ABSTRACT

This research would provide in the study of drug use in the sex workers who go to the clinic of Historic Center. Thus, this research will approach from analyze of social, culture, political problems and psychosocial factors which affects sex workers who use drugs.

The research will analyze this problematic from the correlation of variables that allow to deep the problem of drug use in sex workers. The results of the research become a reference that serves to carry out future research of an academic, scientific, and social nature.

From the demographic and psychosocial analysis of the 110 sex workers who work in the surroundings of the Historic Center in the Quito city. It will be known which substances they consume the most and how often they do so. This will be done from the analysis of both socio-demographic and psychosocial data and related to drug use, etc.

The research will approach the problem from the descriptive and quantitative analysis of the variables that will allow answering the questions: ¿Which are the factors that influence drug use in sex workers who go to the health center? and ¿What are the drugs that sex workers use the most?

Drug use is commonly associated as an effective stimulant that allows people evade a hostile reality, inhibit feelings of discomfort such as acts of abuse and violence, and in some cases to face exploitation and abandonment. The drugs they use the most are alcohol, marijuana, tobacco, cocaine, etc.

KEYWORDS: Prostitution, socioeconomic, poverty, exploitation, sexuality, psychosocial, political, legal, consumption, drugs, politics, analysis.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I.....	13
1.1 TRABAJO SEXUAL Y PROSTITUCIÓN	13
1.2 BREVE HISTORIA DE LA PROSTITUCIÓN.....	14
1.3 PROSTITUCIÓN, DIFERENCIA ENTRE PROSTITUTA Y TRABAJADORA SEXUAL.....	17
1.4 FACTORES PSICOSOCIALES	20
1.5 FACTORES SOCIOECONÓMICOS	26
1.6 NORMATIVA LEGAL PROSTITUCIÓN.....	29
CAPÍTULO II.....	34
2.1 HISTORIA DE LAS DROGAS.....	34
2.2 FACTORES PSICOSOCIALES EN PERSONAS CONSUMIDORAS DE DROGAS.....	37
2.3 FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES.....	39
2.3.1 AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA.....	39
2.3.2 EL AUTOCONTROL	40
2.3.3 HABILIDADES SOCIALES	41
2.3.4 ACTITUDES, CREENCIAS Y VALORES	43
2.3.5 EXPERIMENTACIÓN	44
2.4 FACTORES DE RIESGO RELACIONALES	45
2.4.1 FAMILIA	45
2.4.2 ESCUELA.....	46
2.4.3 GRUPO DE PARES, AMIGOS	47
2.4.4 USO DEL TIEMPO LIBRE.....	49
2.5 FACTORES DE RIESGO SOCIALES	50
2.6 FACTORES PROTECTORES	53
2.7 FACTORES PROTECTORES INDIVIDUALES.....	54
2.8 FACTORES PROTECTORES RELACIONALES	55
2.8.1 FACTORES PROTECTORES FAMILIA	55
2.8.2 FACTORES PROTECTORES ESCUELA	56
2.8.3 FACTORES PROTECTORES GRUPO DE PARES, AMIGOS.....	58
2.8.4 FACTORES PROTECTORES SOCIALES-COMUNIDAD.....	59
2.9 MARCO LEGAL	60
2.9.1 NORMATIVA LEGAL DROGAS	60
CAPÍTULO III.....	65
3.1. RESEÑA HISTÓRICA CENTRO DE SALUD CENTRO HISTÓRICO	65
3.2. METODOLOGÍA.....	68
3.3. VARIABLES ANALIZADAS	69
3.4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DATOS: ENCUESTAS APLICADAS A TRABAJADORAS SEXUALES EN EL CENTRO DE SALUD CENTRO HISTÓRICO.....	70
3.5. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS.....	105
3.6. ANÁLISIS INFERENCIAL DE DATOS.....	110
3.7. ANÁLISIS DE RESULTADOS	116
CONCLUSIONES.....	130
RECOMENDACIONES.....	133

BIBLIOGRAFÍA.....	134
ANEXO	144
FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN EL CONSUMO DE DROGAS EN TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CENTRO HISTÓRICO.....	144

INDICE DE TABLAS

TABLA 1.Plaza 24 de Mayo Datos sociodemográficos	74
TABLA 2.Autónomas Datos sociodemográficos.....	75
TABLA 3.Plaza del Teatro Datos sociodemográficos.....	76
TABLA 4.Plaza de Santo Domingo Datos sociodemográficos.....	77
TABLA 5.Plaza 24 de Mayo Datos Etnográficos.....	80
TABLA 6.Autónomas Datos Etnográficos	81
TABLA 7.Plaza del Teatro Datos Etnográficos.....	82
TABLA 8.Plaza Santo Domingo Datos Etnográficos	83
TABLA 9.Plaza 24 de Mayo Trabajo sexual.....	86
TABLA 10.Autónomas Trabajo sexual.....	87
TABLA 11.Plaza del Teatro Trabajo sexual.....	88
TABLA 12.Plaza de Santo Domingo Trabajo sexual.....	89
TABLA 13.Plaza 24 de Mayo Relaciones Familiares	93
TABLA 14.Autónomas Relaciones Familiares.....	94
TABLA 15.Plaza del Teatro Relaciones Familiares.....	95
TABLA 16.Plaza de Santo Domingo Relaciones Familiares.....	96
TABLA 17.Plaza 24 de Mayo Consumo de Drogas	100
TABLA 18.Plaza 24 de Mayo Consumo de Drogas	101
TABLA 19.Autónomas Consumo de Drogas.....	103
TABLA 20.Autónomas consumo actual de drogas	104
TABLA 21.Plaza del Teatro Consumo de Drogas.....	105
TABLA 22.Plaza del Teatro consumo actual de drogas	106
TABLA 23.Plaza de Santo Domingo Consumo de Drogas.....	107
TABLA 24.Plaza de Santo Domingo consumo actual de drogas.....	108
TABLA 25.Resumen.....	117

TABLA 26.Componentes	118
TABLA 27.Modelo.....	120
TABLA 28.Relaciones Consumo de droga.	124
TABLA 29. Tablas cruzadas	125
TABLA 30. Tipo de droga que consume.....	125
TABLA 31.Frecuencia de consumo.....	126
TABLA 32. Tablas cruzadas	128
TABLA 33. Tablas cruzadas	128
TABLA 34. Tablas cruzadas	129
TABLA 35. Tablas cruzadas	129
TABLA 36. Tablas cruzadas	130
TABLA 37.Búsqueda de ayuda ante el consumo	130
TABLA 38. Tablas cruzadas	131
TABLA 39.Relación con quien consume	132
TABLA 40. Tablas cruzadas	133
TABLA 41. Tablas cruzadas	134
TABLA 42. Tablas cruzadas	135
TABLA 43.Beneficio económico si consume con cliente	135

INTRODUCCIÓN

Los fenómenos de la prostitución y el trabajo sexual son factores que cuentan con orígenes económicos, psicosociales y culturales y que a su vez se vinculan a otras problemáticas adyacentes como son el consumo de sustancias psicoactivas, actividades delictivas dedicadas al tráfico de drogas y a la trata de personas. Por ello, la prostitución y el trabajo sexual son prácticas cuya legalidad varía de acuerdo al país a pesar de estar presentes en la mayoría de los países del mundo, así también algunas veces esta labor, se relaciona con la marginalidad, explotación, extorsión y delincuencia, por lo que, se constituye como un parámetro de disfunción social.

Sin embargo, el fenómeno de la prostitución abre varios debates que intentan explicar su génesis y su orientación, ya sea desde, la visión del sistema prohibicionista, reglamentarita, laboral, abolicionista. A lo largo de esta investigación, se realiza un estudio de la problemática social que involucra al trabajo sexual, partiendo desde los factores psicosociales y relacionándolos con el consumo de drogas en esta población, que no se considera como un factor determinante, pero si podría tornarse como un factor de riesgo.

Dentro de la actual constitución del Ecuador, no existe un artículo específico, dedicado al trabajo sexual. Sin embargo, desde 1921, el Estado ecuatoriano, ha tratado este fenómeno con la promulgación del Reglamento de Profilaxis Venéreas (SPV) que trata de mantener un registro de las mujeres que laboran ofreciendo su cuerpo y asistirles con atención médica.

El presente estudio se basa en la pregunta: ¿Qué relación existe entre el consumo de drogas y los factores psicosociales en las trabajadoras sexuales que acuden al Centro de Salud-Centro Histórico? El objetivo principal es determinar la relación que existe entre los factores psicosociales y el consumo de drogas en las trabajadoras sexuales que acuden al Centro de Salud- Centro Histórico.

Los objetivos específicos que se plantean son: identificar los factores psicosociales que predisponen a las mujeres para laborar como trabajadoras sexuales; además conocer cuáles son las sustancias legales e ilegales de mayor consumo tanto a nivel individual como laboral y finalmente correlacionar la información acerca de los factores psicosociales y su relación con el consumo de sustancias tanto legales como ilegales.

La hipótesis que se plantea en esta investigación es que las trabajadoras sexuales debido al trabajo que mantienen, así como también al horario extenuante y condiciones laborales en los lugares donde desempeñan el ejercicio de su profesión, consumen distintos tipos de

sustancias tanto legales como ilegales posiblemente que puede estar asociados a diversos factores psicosociales: aceptación dentro de su ambiente laboral y social, factores personales: mayor placer sexual durante el tiempo de consumo; escape ante una realidad hostil; mayor remuneración económica a cambio del consumo o antecedentes de: abuso sexual, hogares disfuncionales en los cuales predominaba la violencia, abandono, inestabilidad emocional, que son factores de riesgo para desencadenar en un posible consumo de drogas.

El desarrollo del presente análisis se divide en tres capítulos: el primero hace referencia al: origen histórico de la prostitución, la diferencia entre trabajadora sexual y prostituta, además de los factores psicosociales y económicos relacionados al ejercicio del trabajo sexual. El segundo capítulo se aborda, la historia de las drogas, los factores psicosociales en personas consumidoras de drogas, además del marco jurídico de la legalidad de las drogas. Por último, en el tercer capítulo una breve reseña histórica del Centro de Salud Centro Histórico que se encarga de asistir a las trabajadoras sexuales en la prevención, cuidado y autorización para el ejercicio de la misma.

El estudio finaliza con el análisis de datos a partir de las encuestas aplicadas a las trabajadoras sexuales en el centro de salud por medio de variables que permiten determinar si existe una relación entre los factores psicosociales y el consumo de drogas para ejercer plenamente la actividad antes mencionada.

La implementación de entrevistas para complementar los datos obtenidos de las encuestas, tuvieron una percepción de invasión a la privacidad en las personas que participaron en este estudio, como se demuestra más adelante, esta actividad no resulta fácil de transparentar, ante lo cual no se pudo realizar ni recabar datos de las mismas.

CAPÍTULO I

1.1 TRABAJO SEXUAL Y PROSTITUCIÓN

En el presente capítulo se encuentra, los distintos enfoques que surgen a partir del análisis social, jurídico, psicológico, económico, entorno a la prostitución y al trabajo sexual. El abordaje teórico y analítico permite la comprensión histórica, comparativa, descriptiva y causal de esta actividad presente en el centro histórico de Quito.

Debido a la complejidad en que está envuelta, la prostitución y el trabajo sexual puede ser analizada desde diferentes puntos de vista y conceptualizaciones. Su concepción, su causa, su importancia, sus consecuencias, el régimen jurídico al que están enmarcados han sido múltiples en cada etapa del desenvolvimiento de la humanidad. Sin embargo, los impactos de carácter socioeconómico, psicosocial, político y cultural determinan su pasado, presente y futuro.

La prostitución como tal, se constituye como una actividad que proporciona servicios sexuales mediante alguna forma de pago, generalmente dinero, que puede ser ofrecida por mujeres, hombres y transexuales, donde los límites de lo que engloba no están claramente identificados, abarcando un rango muy amplio de actividades.

Parte del análisis de este capítulo hace referencia a la diferencia connotativa y semántica entre los términos prostituta y trabajadora sexual. El primer término, prostituta es aquella persona que usa su cuerpo para promocionar directamente su trabajo, mientras que trabajadora sexual además del uso de su cuerpo, es reconocida socialmente por una organización que las representa, además que promueve y garantiza el cumplimiento de sus derechos. Finalmente se analiza el factor psicosocial desde la dimensión individual por medio de su historia de vida, mismo que aporta tanto a nivel personal, así como también en lo relacionado a su forma de ser y características personales aprehendidas desde los modelos parentales, mientras que en el ámbito social se realiza un análisis de los factores socioeconómicos.

1.2 BREVE HISTORIA DE LA PROSTITUCIÓN

Algunos autores han señalado que la prostitución es una institución cuyo origen coincide con el de la civilización y antecede a la monogamia y otros sistemas de economía social (Vaca, 1956). Durante la Edad Antigua, la actividad sexual conservó estos efectos utilitarios y estuvo inscrita en el ámbito de lo sagrado. Sobre esto, los primeros registros escritos datan del siglo XVIII A.C., en Sumeria, donde el Código de Hammurabi contemplaba los derechos de herencia de las mujeres que tenían relaciones sexuales a cambio de monedas, bajo la protección de la deidad Ishtar¹ (Tubert, 2013); la prostitución se ejercía por lo menos desde mediados del tercer milenio A.C. (Cooper, 2016). Es necesario considerar que, en Mesopotamia, la mayoría de las ocupaciones implicaron la energía física en labores como la agricultura, la limpieza de canales, la construcción, etc. Ese esfuerzo físico es una forma de vender su fuerza de trabajo, similar al trabajo de las prostitutas; además, el hecho de que una mujer soltera exprese su sexualidad fuera del matrimonio no era considerado pecaminoso en el sentido religioso del término (Cooper 2009, citado en Cooper, 2016). Sin embargo, existe evidencia de que la cultura mesopotámica consideró a la prostitución como una actividad degradante y la palabra “prostituta” se utilizó como un insulto asociado a las proyecciones de la ansiedad masculina (Cooper, 2006, y Koch 2005, citados en Cooper, 2016). Observamos que la venta del cuerpo es una constante en la cultura occidental y está inscrita en el término griego que alude a la prostituta: πόρνη², derivado del verbo πέρνημι³ que significa “vender”. Esta actividad también estuvo ligada a interacciones sociales que coinciden con el concepto contemporáneo de explotación, esclavitud o proxenetismo. Por ejemplo, en los templos griegos dedicados a Afrodita, las sacerdotisas tenían la misión de entregarse a los foráneos, quienes remuneraban el gesto con obsequios que terminaban en posesión de los administradores del templo (Vaca, 1956).

Continuando con la historia de la prostitución, en las culturas prehispánicas mesoamericanas consideraron a la actividad sexual como un componente funcional del cosmos, que actuaba como detonante del movimiento (López & Echeverría, 2010). Hoy sabemos que la prostitución en los pueblos prehispánicos mesoamericanos nahuas fue estigmatizada y repudiada socialmente, sin embargo, su práctica era tolerada y no existían sanciones para esta

¹ Ishtar: deidad cosmológica mesopotámica, equivalente a la diosa Venus (sumerio: Innana, acadio: Ištar).

² Alfabeto Fonético Internacional (AFI): *pórne*.

³ AFI: *pérnēmi*.

actividad, la cual cumplía un papel promovido por el Estado en algunas fiestas de las veintenas⁴, como entretenimiento sexual a los cautivos y representantes de dioses o acompañamiento de los guerreros. Existe evidencia de que la prostitución en estos pueblos era consecuencia de cuatro situaciones: extrema pobreza, entrega por parte de familiares como forma de tributo, trofeo de guerra o voluntad propia (López & Echeverría, 2010, p. 68). Los hechos históricos descritos perfilan aquella actividad que se denomina como “prostitución”, término que es objeto de especial atención entre teóricos y activistas en el ámbito del feminismo y estudios de género (Howell, 2008, citado en Cooper, 2016). Por ejemplo, Preciado (2013) caracteriza a la prostitución como una actividad proscrita, constitutiva de un “dispositivo masturbatorio” y que, como toda actividad laboral, implica una participación entre personas en la que se intercambia afectos, símbolos y lenguaje:

La prostituta es la figura paradigmática del trabajador biopolítico en el siglo XXI. La cuestión marxista de la propiedad de los medios de producción encuentra en la figura de la trabajadora sexual una modalidad ejemplar de explotación. La primera causa de alienación en la prostituta no es la extracción de plusvalía del trabajo individual, sino que depende ante todo del no reconocimiento de su subjetividad y de su cuerpo como fuentes de la verdad y del valor: se trata de poder afirmar que las putas no saben, que no pueden y que no son unos sujetos políticos ni económicos en sí mismos. (Preciado P., 2013)

En esta línea de pensamiento, algunos autores utilizan el término “trabajadora sexual” en lugar de “prostituta”, como si fueran sinónimos, pese a que ambas hacen referencia a una misma actividad, existen diferencias que caracteriza a cada uno de estos términos, mismos que se dan a conocer a lo largo de éste capítulo. El trabajo sexual implica respaldar y proteger a las mujeres que satisfacen el deseo sexual a cambio de dinero, mientras que el término “prostituta” es utilizado para evitar dignificar cualquier actividad que involucre la objetivación y mercantilización de los cuerpos de las mujeres. La forma más académica de este debate considera a la prostitución como cualquier otra ocupación, por lo que debería estar exenta de prejuicios, mientras que otros autores sugieren que esta ocupación siempre ha sido, en todas las sociedades, una actividad degradante, independientemente de su tolerancia o estatus legal a lo largo de la historia (Cooper, 2016). Es así que este debate, con sus matices, deviene en cuatro posturas políticas en torno al trabajo sexual y prostitución (Rodríguez, 2017):

- Prohibicionismo: considera que el trabajo sexual, la prostitución y los negocios asociados son, de manera independiente y en conjunto, actividades criminales que deben ser erradicadas.

⁴ Veintenas: nombre para designar a los dieciocho meses o periodos en que los nahuas dividían el año solar.

- Abolicionismo: considera a la prostitución como un mal social, pero no criminaliza a las personas que tienen que prostituirse y responsabiliza de este ejercicio al sistema patriarcal.
- Reglamentarismo: considera a la prostitución como una actividad negativa y degradante, al tiempo que responsabiliza a las personas que ejercen la prostitución de la existencia de este mercado. Asimismo, considera que no es posible eliminar el fenómeno. Por tanto, busca regular esta actividad y obtener beneficios económicos, mediante el registro, establecimiento de normas y delimitación de espacios para el efecto.
- Regulacionismo: al igual que el reglamentarismo, no busca eliminar la prostitución, pero no considera a esta actividad como negativa o degradante en sí misma, por lo que fomenta el reconocimiento de los derechos de quienes deciden ejercer la prostitución y busca equiparar la situación jurídica a la de los trabajadores normales o tradicionales.

Asimismo, continuando con la historia, el debate en torno al ejercicio de la prostitución ha permitido postular algunas perspectivas sobre sus implicaciones sociales y jurídicas: el individuo que ejerce la prostitución frente a la sociedad, los postulados del derecho internacional y del derecho comparado, la normatividad jurídica nacional e internacional, los Derechos Humanos y el Estado como ente interviniente en el ejercicio de esta actividad (Tirado, 2011). Actualmente, el panorama parece alentador en términos del reconocimiento de los derechos de las personas que ejercen la prostitución, aunque la elaboración de una ley integral que cumpla todas las demandas requiere de una mayor disposición política, la cual depende, en gran parte, de los preceptos morales de la sociedad (Tirado, Contribuciones al debate jurídico del trabajo sexual en Colombia, 2014). Las implicaciones sociales y jurídicas en el ejercicio de la prostitución, son necesarias para generar condiciones de igualdad laboral, así como también el pleno cumplimiento de sus derechos, además que disminuya el estigma, discriminación y rechazo social que se ha evidenciado a lo largo de la historia.

A continuación, se hará referencia a la diferencia etimológica de dos términos utilizados en el lenguaje coloquial para referirse a la prostitución y al trabajo sexual.

1.3 PROSTITUCIÓN, DIFERENCIA ENTRE PROSTITUTA Y TRABAJADORA SEXUAL

Las mujeres que se dedican al trabajo sexual se constituyen como un grupo vulnerable en la sociedad actual, ya que muchas de ellas no conocen sus derechos, además constantemente sufren de discriminación, maltrato físico, verbal y humillaciones, al ser estigmatizadas por la labor que realizan.

La prostitución es aquella actividad que proporciona servicios sexuales mediante alguna forma de pago, generalmente dinero, que puede ser ofrecida por mujeres, varones y transexuales, donde los límites de lo que engloba no están claramente identificados, abarcando un rango muy amplio de actividades. (Meneses, 2007).

La prostitución siendo considerada como el trabajo más antiguo a lo largo de la historia, cuenta con una connotación muy fuerte acerca del mismo ya que siempre ha sido percibida como un tema tabú debido a la cultura misma, la cual no acepta que el placer tenga que ser retribuido de forma económica, discurso que se enmarca dentro del machismo.

En el lenguaje coloquial se hace referencia a las mujeres que se dedican a ejercer el trabajo sexual como prostitutas o trabajadoras sexuales, desconociendo lo que implica cada una de estas concepciones. El vocablo prostituto proviene del latín "prostitutus". Persona que mantiene relaciones sexuales a cambio de dinero". Una definición más específica manifiesta que es la "mujer que vende sus servicios sexuales a - cambio de dinero u otro tipo de retribución. Una persona que ejerce la prostitución recibe el nombre de "prostituta" En caso de que se trate de una mujer, también se le llama "mujer de compañía" o, despectivamente, "puta". (Silva, Salazar y Rodríguez, 2014, p. 32)

El término prostituta es comúnmente utilizado para referirse a las mujeres que prestan servicios sexuales a cambio de dinero, ellas o ellos pueden ubicarse en distintos lugares de la ciudad para ejercer su trabajo. La Prostituta es la persona que brinda un servicio de índole sexual a cambio de una retribución económica (Silva *et al.*, 2014), sin embargo, este término socialmente tiene una connotación despectiva e incluso denigrante acerca de la labor que ejerce esta población, generando discriminación, poca valía y casi nula representatividad social.

Otro concepto es el siguiente: "prostituta es aquella mujer que, por las circunstancias de su vida, elige dedicarse a la prostitución, pero sin ningún afán de ser reconocida legalmente, sino que más bien prefiere pasar desapercibida y en el anonimato en lo que se refiere a su familia, o pareja" (Silva *et al.*, 2014). Este término hace alusión al poco reconocimiento y representatividad de quienes laboran bajo esta figura, ya que existe un deseo de no ser

identificadas, esto puede deberse a diferentes motivos: factores personales, temor, miedo a la reacción y rechazo por parte de su familia o amigos si llegaran a conocer acerca de su labor a causa de los estigmas sociales preexistentes.

Por estigmas sociales y por ser un tema tabú dentro de la sociedad, esto causa que la trabajadora sexual lleve una doble vida, ya que, su actividad no puede ser contada a todos quienes les rodean, o prefieren no decírselo a nadie para evitar la discriminación y el rechazo. Generalmente saben que estos problemas se pueden dar cuando otras personas se enteren del ejercicio de su actividad, y, por lo tanto, ocultarse ante la sociedad que las condena es una forma de sobrevivencia. (Rivadeneira, 2014)

Relacionado a la clandestinidad y poca aprobación de la sociedad acerca del trabajo que ejerce esta población, algunas de las mujeres utilizan un seudónimo u otro tipo de identificación con el fin de no ser reconocidas en el ámbito público, desde una perspectiva personal podría ser el asumir una personalidad diferente cuando ejercen este trabajo. Esta falsa identidad en el ámbito público, podría considerarse como contradictorio ya que a pesar que utilicen un nombre falso en las calles se exhiben para atraer a sus clientes o utilizan otros medios de comunicación para darse a conocer en el ejercicio que desempeñan, es decir que su realidad puede ser concebida de una forma diferente al momento de laborar como trabajadora sexual.

En cambio, el término trabajadora sexual “abarca más actividades y la trabajadora sexual desea ser reconocida como trabajadora legalmente, con sus deberes y derechos, con su seguridad social, con su protección laboral, dejar de ser estigmatizada por ejercer la profesión más antigua del mundo, dejar de esconderse entre la vergüenza pública” (Silva *et al.*, 2014). Ante esta representatividad social es común ver en la ciudad de Quito a las trabajadoras sexuales en las esquinas de algunos sectores de la ciudad, como por ejemplo en la Plaza de Santo Domingo, Plaza del Teatro, sector de la Mariscal, entre otros. En éste último existe una particularidad que no son solamente mujeres las que se encuentran ofertando sus servicios, sino también Transexuales y Travestis, ante lo cual se podría decir que esta práctica no es exclusivamente de mujeres y por ende no es una cuestión de género ni de identidad sexual si no una labor, una elección y una decisión por parte de las personas que lo ejercen.

“La Red de Trabajadoras Sexuales en Ecuador surgió en abril de 2005, como resultado del deseo de las mujeres trabajadoras sexuales de este país de formar una organización integrada por todas las asociaciones y grupos relacionados con esta actividad, para luchar por la defensa de los derechos humanos, por la integración digna en la sociedad y una mejor calidad de vida”. (Molina, 2009) Las trabajadoras sexuales

pertenecen a una Entidad organizada que respalda a los miembros de la misma tanto a nivel legal como laboral, además que facilita el cumplimiento de sus derechos, mismos que se dan a conocer a través de la representatividad que ejerce la líder o presidenta de la organización mediante los medios de comunicación. Así también relacionado a la calidad de vida promueven charlas y capacitaciones relacionados a la salud sexual y reproductiva, prevención de enfermedades de transmisión sexual, entre otros temas de importancia para este grupo poblacional.

Continuando con la descripción de este término:

El comercio sexual y heterosexual de mujeres se desarrolla en torno a las fuerzas de oferta (trabajadoras sexuales) y demanda (consumidores varones), como cualquier otro tipo de comercio. [...] la industria del sexo como: Burdeles o casas de citas, clubes de alterne, ciertos bares y salones de cóctel, líneas telefónicas eróticas, sexo virtual por Internet, sex shops con cabinas privadas, casas de masaje y relax, servicios de acompañantes (call girls), agencias matrimoniales, hoteles, pensiones y pisos, anuncios comerciales y semi-comerciales en periódicos y revistas, cines y revistas pornográficas, películas y videos en alquiler, restaurantes eróticos, servicios de dominación o sumisión (sadomasoquismo) y oferta de servicios sexuales en la calle: una proliferación inmensa de posibles maneras de pagar una experiencia sexual o sensual (Agustín, como se citó en Villacrés, 2009).

Las trabajadoras sexuales laboran para una entidad que ofrece servicios sexuales, mediante diversos medios de comunicación, por ejemplo, mediante páginas web, algunas empresas ofertan sus servicios en un catálogo virtual en el cual los clientes eligen a la mujer con quien pasarán la noche, cabe indicar que este servicio es más costoso debido a la forma en la que se promociona y comercializa a la mujer, que es a través de sitios web.

La forma de comercialización del servicio es diferente en las mujeres que se exhiben en la calle ya que ellas utilizan el contacto directo con el cliente y en algunas ocasiones también a través del teléfono para concretar la cita, sin embargo, es diferente de la población descrita anteriormente ya que no utilizan plataformas o medios tecnológicos, así también es importante tomar en cuenta que el costo del servicio puede variar dependiendo los medios que se use para promocionar el mismo.

El hecho de pertenecer al grupo de trabajadoras sexuales, a más del reconocimiento que puedan tener a nivel social o legal, también se encuentra el re significar el mismo ya que esta población restituye los derechos que cuando eran prostitutas los desconocían o a su vez no estaban debidamente garantizados.

1.4 FACTORES PSICOSOCIALES

El ser humano es un ser social, al estar inmerso dentro de esta dinámica surgen las relaciones interpersonales las mismas que en su accionar generan una relación de poder, esto posteriormente conlleva a relaciones sociales disímiles, desencadenando en problemáticas como la exclusión, la discriminación, entre otros; es en este grupo en el que se sitúa socialmente a las trabajadoras sexuales.

Remontándonos en el tiempo, hace algunos años atrás en la Ciudad de Quito se solicitó la reubicación de las trabajadoras sexuales quienes laboraban en el centro histórico de la ciudad, ante esto existía la manifestación social a través de comentarios negativos que denigraban la labor de estas mujeres; pese a las críticas continuaron realizando su trabajo y es común ver actualmente como las trabajadoras sexuales siguen ocupando lugares emblemáticos del centro histórico uno de ellos es la plaza de Santo Domingo. A continuación, se hace referencia a este hecho histórico:

[...] el proceso de reordenamiento urbano y de recuperación del casco colonial como espacio público destinado a la cultura arribó en un momento en que la problemática se había vuelto incontenible para las autoridades. Así, entre el año 2000 y principios del 2001 se produjo la crisis más fuerte. Después de una masiva protesta de los moradores de los barrios involucrados y de varias instituciones educativas, la Comisaría Municipal de la Zona Centro, en la administración del General en retiro, Paco Moncayo Gallegos, procedió a cerrar definitivamente las casas de tolerancia que funcionaban en el sector de la Av. 24 de Mayo, dejando aproximadamente a 450 mujeres sin otro sitio de trabajo que no fueran las calles del Centro Histórico de Quito. Este cierre de los locales se hizo bajo promesas de reubicación, en una «Zona Rosa» donde las trabajadoras sexuales pudieran trabajar en condiciones más seguras y dignas. (Álvarez y Sandoval, 2013)

Esta reubicación se dio por un tiempo en el lugar que fue establecido para dicha actividad, sin embargo, el lugar designado tenía ciertas limitaciones, además de otros problemas sociales como la inseguridad, lo cual provocó que el negocio entre en declive y por esa razón las trabajadoras sexuales se organizan entre ellas para volver a ubicarse en lugares emblemáticos de la ciudad, que atraían nuevamente el comercio sexual y re activaban su economía.

Todas las personas a lo largo de su vida han tenido que atravesar por diversas experiencias personales, familiares y sociales conocidos como factores psicosociales que son condiciones que pueden tornarse en factores protectores o factores de riesgo, los mismos que pueden ser entendidos desde diversas concepciones, como se describe a continuación:

[...] Es así por la confluencia de factores genéticos, biológicos, educativos, de personalidad, etc. En las mujeres trabajadoras, además hay que tener en cuenta la tendencia a manifestar verbalmente sus ideas, vivencias, etc., en las relaciones interpersonales también las laborales,

y también la mayor necesidad respecto de los hombres en general, de expresar emociones tanto positivas como negativas (Unión General de Trabajadores de Aragón, 2008, p. 18).

Los factores psicosociales son condiciones en la historia de vida de las personas que aportan tanto a nivel individual en lo relacionado a su forma de ser- personalidad, como en las características personales aprehendidas desde los modelos parentales, hasta la forma de relacionarse con las otras personas por medio de los vínculos, sean estos seguros o inseguros que desencadenen en conductas individuales de riesgo, por ejemplo, relacionado a la dependencia a relaciones afectivas o a las drogas.

Así tenemos a un factor fundamental denominado personalidad que, como indica Balarezo, se define como “[...] La estructura psíquica, dinámica, constituida por factores biológicos, psicológicos y socioculturales, interrelacionados entre sí, que posibilitan una construcción singular en el percibir, pensar, sentir y actuar del sujeto y cuya manifestación puede ser compartida por otros individuos” (Balarezo, 2011). El sujeto está constituido por una organización psíquica en la cual están inmersos varios factores bio-psico-socio-culturales y espirituales que en relación con las experiencias tempranas de vida determinan y predisponen una personalidad. Allport considera que la personalidad es una organización dinámica de los sistemas psicofisiológicos que determinan el modo de pensar y actuar característico del sujeto” (Castillero, 2016). Por tanto, la personalidad puede ser un factor predisponente para tomar decisiones con respecto a la participación del sujeto en actividades relacionadas al trabajo sexual o consumo de drogas, o también podría considerarse como un factor desencadenante para las mismas.

Como ya se mencionó anteriormente la personalidad es una organización dinámica y la mayoría de autores coinciden con lo mismo; así también Millon, en el artículo publicado por Carmen Blanco y Pedro Moreno, en el cual se hace referencia a lo siguiente: [...] los define como patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo. (Blanco & Moreno, 2007)

Esta concepción también se relaciona con lo anteriormente expuesto, es decir la personalidad está constituida por factores psicosociales que influyen dentro de la estructura misma de personalidad, así como también de algunos factores relevantes y característicos que la componen y que posteriormente influirán en la forma de interactuar con otras personas y ambientes.

De manera complementaria, Silva et al. (2014) establece que los factores psicosociales que influyen en la práctica de la prostitución y el trabajo sexual, están constituidos por múltiples factores familiares, diversas condiciones económicas, sociales, culturales e individuales y una serie de factores de riesgo de tipo familiar que inciden en la práctica de la prostitución y el trabajo sexual, como son los conflictos familiares con: presencia de padres autoritarios, violencia intrafamiliar, carencia afectiva y comunicación conflictiva. Asimismo, podría existir dificultad para marcar límites, ausencia de figuras de autoridad, confusión o asignación poco convencional de roles y de valores, así como esquemas de comportamiento adictivo en la familia (antecedentes de consumo problemático de drogas y alcohol) (Silva et al., 2014, pp. 37-38).

El factor familiar es un componente importante en la historia de vida de todas las personas, como se hace referencia a continuación:

El entorno familiar es el primer contexto social en el que se desenvuelve una persona, Desde el nacimiento hasta que en la adolescencia el sujeto va tomando como referencia al grupo de iguales en mayor medida, la familia ejerce la tarea de socializar a sus miembros y dotarles de una estructura personal que condicionará su desarrollo. En este sentido, la familia es un ámbito privilegiado de formación de actitudes, habilidades y valores que permitan, posteriormente, que el sujeto afronte una etapa vital tan decisiva como es la adolescencia. Durante una serie de años la socialización ejercida por la escuela y el grupo de amigos estará controlada y filtrada por la institución familiar, que seleccionará las experiencias vitales de sus miembros (Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p. 24)

La familia es el primer lugar donde se establecen relaciones sociales, esta aporta en el desarrollo integral de la persona por medio de valores, creencias, habilidades para relacionarse con las demás personas, además depende mucho cómo la familia se estructure y a esto se hace referencia con: la organización interna de la familia, jerarquía, límites, apego, alianzas familiares por identificación como ejemplo. Esto permitirá consolidar la estructura personal, misma que condicionará su desarrollo posterior y por ende su forma de ser y actuar en los distintos espacios en los que se desenvuelva, así como también en su forma de relacionarse con los demás y establecer vínculos afectivos.

Dentro de los factores psicosociales que pueden influir en la práctica del trabajo sexual se encuentran los factores familiares, la desorganización, descomposición y desintegración familiar pueden producirse por conflictos caracterizados por la ausencia o reemplazo de los padres, dificultades psicosociales (presiones económicas, desajustes emocionales) o adjudicación errónea de roles. UNICEF (2001, citado en Silva et al., 2014, p. 38). Algunos factores psicosociales de riesgo en la población a la que hacemos alusión, pueden ser: haber

pertenecido a hogares disfuncionales, desorganizados en los cuales pudo existir abandono físico o emocional por parte de alguno de sus progenitores o de ambos, en otros casos los progenitores fueron reemplazados por madrastras o padrastros quienes podían haber desempeñado un rol autoritario y ejercerlo por ejemplo a través de castigos físicos, incitando un ambiente de violencia. Además de esto, existen factores asociados: económicos y otros problemas sociales como el consumo de alcohol o drogas sean legales o ilegales; ante lo cual es importante considerar el ambiente sociocultural, además de factores de riesgo que podrían estar inmersos dentro de esta dinámica.

Así también otro factor familiar es la carencia afectiva, lo que implica un desarrollo caracterizado por eventos adversos que devinieron en trastornos emocionales, baja autoestima, sentimientos de inseguridad, resentimiento y comportamientos agresivos (Silva et al., 2014). La carencia afectiva por parte de los progenitores, hace referencia a un abandono emocional hacia los hijos, caracterizado por la poca o nula expresión de sentimientos de afecto, palabras o sentimientos de amor, lo que genera inseguridad, baja autoestima, pérdida de confianza en el sistema familiar e inestabilidad en sus relaciones interpersonales y afectivas posteriores.

Es importante también definir el concepto de Autoestima: “Es el nivel general de aceptación o rechazo que una persona tiene respecto a si misma” (Fundación AMIGÓ, 2008). Una persona que vivió bajo esas condiciones en su hogar posiblemente va a generar una baja autoestima es decir rechazo hacia sí mismo, con escaso o nulo respeto hacia su cuerpo e integridad, asociado a la inestabilidad emocional, así como también en los vínculos relacionales y afectivos que estableció a lo largo de su vida. Ligado al concepto de autoestima también podemos mencionar que el autoconcepto es “[...] la imagen que cada persona tiene de sí misma y es el resultado de la suma, tanto de la percepción del sujeto sobre sí mismo como de la de los demás sobre él” (Laespada, Iraurgi y Aróstegi, 2004, p. 19). Autoestima y autoconcepto se relacionan entre sí ya que ambos residen en el nivel de aceptación o rechazo que cada uno tiene acerca de sí mismo, sin embargo, en este último también se incluye la percepción que las demás personas tienen acerca de él o ella.

A nivel individual estos dos conceptos son muy importantes ya que, si una persona no se acepta a sí misma, además de comentarios que tampoco favorezcan el autoconcepto provoca desvalorización de sí misma, así como también sentimientos de tristeza que pueden desencadenar en una depresión y posteriormente en un intento autolítico. En las mujeres que se dedican al trabajo sexual existe la posibilidad de mayor riesgo y vulnerabilidad para presentar

cuadros de depresión y ansiedad debido a todos los factores a los cuales se ha hecho referencia, aunque no son una determinante, ya que depende mucho también de la forma en cómo una persona pueda sobrellevar determinada situación, conocida como resiliencia.

Continuando con los factores psicosociales es importante hacer referencia a la violencia intrafamiliar que es una condición que puede manifestarse dentro de los hogares, debido a diferentes causas que desencadenan en conflictos entre la pareja, violencia dirigida hacia los hijos y que en algunas ocasiones podría derivar en violencia de carácter sexual. La violencia, en tanto manifestación extrema de agresividad, está definida por motivaciones internas, voluntarias y orientadas a dañar de manera física, psíquica o moral. La violencia intrafamiliar afecta al desarrollo integral de los hijos y puede llegar a poner en riesgo su vida (Silva et al., 2014, p. 38). Este tipo de violencia es un hecho común dentro de algunos hogares; las formas más comunes de expresión son: la violencia física, psicológica, patrimonial, verbal, todo esto es evidenciado por los hijos quienes usualmente generan alianzas con el padre, madre o figura parental que es víctima, desintegrando el sistema familiar y finalmente desencadenando una ruptura familiar por separación; los niños que han atravesado estas circunstancias empiezan a tener un bajo rendimiento académico, así también tienden a aislarse de las demás personas, generando baja autoestima, inseguridad y en algunos casos ideación suicida.

Dentro de la violencia intrafamiliar es importante mencionar que existe un círculo que contiene tres fases que son: acumulación de la tensión, estallido de la tensión y luna de miel.

La fase de acumulación de tensión consiste en la presencia de maltrato psicológico sutil y la intención de control en desacuerdos pequeños (sarcasmos, menosprecios, contención de ira). El agresor busca desestabilizar a la víctima, al tiempo que la víctima procura evitar situaciones desencadenantes, negar o minimizar el problema (Cuervo & Martínez, 2013). En esta fase empiezan a existir desavenencias entre la pareja. Cualquier motivo puede desencadenar una pelea, sin embargo, la víctima intenta ignorar estas conductas, así como también justificar a su pareja diciendo que “él/ella es así, que es su forma de ser y que no va a cambiar”. Es importante recalcar que en toda pareja existe una relación de poder, es aquí cuando alguno de los involucrados intenta ejercer control o dominación sobre el otro, esto puede manifestarse mediante los celos, la represión de salidas con familiares o amigos, dependencia económica, así como violencia psicológica expresada por medio de humillaciones, menosprecio de las cualidades y habilidades de su pareja, uso de términos despectivos (aludiendo, con frecuencia, a aspectos físicos o intelectuales). Todo esto a su vez genera

problemas de baja autoestima, inseguridad y en algunos casos depresión e ideación suicida, que en los peores casos culmina con la muerte (Cuervo & Martínez, 2013).

La siguiente fase es el estallido de la tensión, caracterizado por la pérdida completa de control, manifestado en agresiones verbales, físicas o sexuales. La víctima, con frecuencia, se muestra incapaz de reaccionar, defenderse o pedir ayuda. La persona víctima, debido al temor que le tiene a su agresor, evita realizar denuncias o mencionar a sus familiares o amigos acerca del hecho, al punto de mentir acerca del origen de las marcas de violencia presentes en su cuerpo (refiere que se cayó de algún lugar o que se golpeó con algún objeto, pero no explica el acto en sí) (Cuervo & Martínez, 2013). En esta etapa inician los sentimientos de tristeza, culpa, frustración, volviéndose hechos reiterativos dentro del sistema familiar. Los hijos se vuelven cómplices de estos hechos y guardan silencio, lo cual les afecta emocionalmente y se ve reflejado en su comportamiento, en las relaciones interpersonales (tanto con las figuras de autoridad, familia o profesores) así como también con sus pares. Una de las consecuencias de esta dinámica es la disminución del rendimiento académico, los niños no presentan tareas, se distraen con facilidad, conversan con sus compañeros, entre otras características conductuales.

La última fase del ciclo de la violencia es la luna de miel o arrepentimiento. El agresor toma consciencia de lo que ha hecho y se esfuerza por mantener a su pareja a su lado, muestra arrepentimiento, pide perdón, llora y promete que no lo volverá a hacer. Esto provoca que la víctima, a pesar de todo, renueve las esperanzas depositadas en su pareja. Aparecen pensamientos recurrentes como: “con el tiempo cambiará”, “yo sé que en el fondo él no es así”, “solo está estresado”, entre otros. Muchas veces el agresor, intenta influir sobre familiares y amigos para que convezan a su pareja de que lo perdone (Cuervo & Martínez, 2013). En esta fase el agresor se arrepiente de sus acciones y pide perdón a la víctima, utilizando diversos recursos: promete cambiar de actitud, ofrece regalos, detalles, mensajes bonitos, entre otros, sin embargo, esto es momentáneo su único afán es que su pareja se quede a su lado y no le deje solo, una vez que logra este objetivo vuelve a empezar el círculo de la violencia. La víctima en esta etapa piensa que en realidad existirá un cambio de actitud por parte de su pareja, pero con el pasar del tiempo se da cuenta que la probabilidad de cambio es realmente baja.

Además de las formas de violencia citadas anteriormente, existe otro tipo: la violencia sexual, que consiste en la utilización de la fuerza física, influencia psíquica o moral, con el objeto de degradar, someter la voluntad de una persona (víctima) y lograr un comportamiento sexual no consentido (Cuervo & Martínez, 2013). Al existir varios factores de riesgo y

vulnerabilidad en los hogares con las características mencionadas existe la posibilidad de que se den abusos sexuales por parte de personas allegadas al círculo familiar entre ellos los padres, tíos, abuelos, entre otros, así como también por parte de personas conocidas como los vecinos o de personas desconocidas quienes empiezan a insinuarse de diversas formas sexuales hasta posteriormente cometer el acto como tal.

Después de estos hechos las víctimas son amenazas para que no denuncien el acto, lo cual es muy común en muchas de las personas que han tenido que atravesar por esta situación, desencadenando actos repetitivos por parte del agresor y sumisión constante por parte de la víctima y esto no solamente se presenta dentro del grupo poblacional al que hacemos alusión, sino también en la sociedad en general.

1.5 FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Los factores psicosociales y los factores socioeconómicos son importantes tanto en el ámbito personal como también en el ámbito social ya que debido a la desigualdad y mala redistribución de la riqueza se desencadenan diversas problemáticas sociales que influyen en la dinámica del país.

Los factores psicosociales “consisten en interacciones entre, por una parte, el trabajo, el medio ambiente y las condiciones de organización, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo” (Consejería de Educación y Cultura de la Región de Murcia, 2004). Dentro del trabajo sexual se encuentran inmersos algunas condiciones psicosociales relacionadas primero al trabajo que realizan ya que éste aún continúa siendo estigmatizado por la sociedad, además otro factor es el ambiente en donde se desenvuelven que dentro de esta investigación es en la calle, en este espacio los y las trabajadoras sexuales se encuentran expuestas a muchos riesgos, por ejemplo: acoso, violencia, delincuencia, microtráfico de drogas, entre otros problemas sociales. Es importante recalcar que existen otros espacios donde también se desarrolla el comercio sexual.

[...] tema económico –mala situación económica, desempleo– como una de las principales causas del trabajo sexual en el país. Las trabajadoras sexuales no eran consideradas culpables de participar en el trabajo sexual, ya que ellas no se involucraban en esta actividad por su propia elección, sino más bien habían sido empujadas a ello por necesidades económicas (Clark, 2001: 54). Es así como el trabajo sexual ha sido siempre vinculado a la pobreza. Por esta razón, para

poder hacer frente a la problemática era preciso, aparte de regular la actividad, combatir la pobreza generando empleo y bienestar. (Villacrés, 2009)

Las condiciones sociales y económicas como la pobreza, el desempleo, subempleo, entre otros, genera angustia, desesperación, sentimientos de impotencia o frustración por no obtener recursos económicos suficientes para satisfacer las necesidades básicas personales o familiares, siendo algunas de las principales causas para ejercer el trabajo sexual ya que el factor económico y la falta de oportunidades laborales relacionadas a otros factores como la escolaridad, limitan a esta población en el desempeño de otras actividades laborales. Además, la desigualdad social y la mala distribución de la riqueza, evidente en las condiciones expuestas, desencadenan en otros problemas sociales como la mendicidad y la delincuencia entre los más comunes.

Continuando con los factores psicosociales, otra condición que hay que tomar en cuenta es la educación, la escolaridad deficiente es un factor que limita las opciones laborales y el desarrollo económico. En ocasiones, la carencia educativa de la adolescente la expone a situaciones de vulnerabilidad o explotación y abre el camino para actividades ilícitas (micro comercio de drogas, hurto, prostitución, etc.) orientadas a obtener ingresos. Esto, a su vez, refuerza las condiciones de marginalidad (Silva *et al.*, 2014). La deficiencia en la escolaridad a temprana edad repercute en el desempeño posterior de las personas ya que no tienen las mismas oportunidades por ejemplo en el área laboral, en el crecimiento y estabilidad económica, entre otros. Además de lo anteriormente mencionado, están presentes características individuales como la falta de motivación para continuar con sus estudios, problemas en el aprendizaje, problemas conductuales, entre otros, tornándose como factores de riesgo ya que estas personas son más vulnerables ante posibles manipulaciones, es importante recalcar que son condiciones más no determinantes.

Además de los factores psicosociales que se han mencionado anteriormente, existe también el factor sociocultural, relacionado al fenómeno de la migración ya sea desde sectores rurales, así como también de otros países ya que se encuentra implícita la economía y asociada a ésta la pobreza. “La internacionalización de las relaciones económicas a nivel mundial y las desigualdades cada vez más profundas entre los países desarrollados y en desarrollo, las guerras, los conflictos armados, entre otros múltiples factores, han determinado que aumente cada vez más el número de personas que buscan mejores oportunidades económicas y condiciones de vida en otros países, a través de la migración”. (Calvo et al., 2001, p.19, Solana, 2005, p.238; Villacrés, 2009) Además de los factores descritos lo cual es evidente en países

vecinos como Colombia, también existe una condición que se refleja en los últimos años que suscitado un fenómeno migratorio como lo es la crisis económica que se suscitó en el país de Venezuela, que generó un gran auge de mujeres con esta nacionalidad que se han dedicado al ejercicio del trabajo sexual, bajo la premisa de que es una fuente económica sustentable en un país en el cual no han podido ejercer sus profesiones debido al desempleo y falta de oportunidades existentes en el Ecuador.

Continuando con el factor sociocultural, el consumo de alcohol es otra característica presente en la población ecuatoriana, “En el país el consumo excesivo de alcohol es uno de los principales problemas sociales y de salud pública. En el 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un estudio que ubica al Ecuador en el noveno lugar, en América Latina con mayor consumo de bebidas alcohólicas” (Braganza, 2017) El consumo de alcohol por parte de la población ecuatoriana es muy común, incluso en el ámbito cultural el alcohol se liga a celebraciones ancestrales, rituales, festejos propios de las distintas comunidades o pueblos, además de celebraciones religiosas: bautizo, matrimonio, entre otros.

Además de lo mencionado, un factor individual y personal que puede ser influyente dentro del consumo de drogas es el estado biológico, que alude a los hábitos de salud (alimentación, actividad física), condiciones físicas y estilos de vida (antecedentes de consumo o dependencia de drogas, alcohol o tabaco, por ejemplo). Los hábitos influyen en el estado de salud general, al tiempo que afecta las dimensiones económica y social del individuo (Unión General de Trabajadores de Aragón, 2008). Los estilos de vida negativos que se van adquiriendo a lo largo de la vida ya sea en principio por curiosidad y que posteriormente llega a generar una dependencia de cualquier sustancia, repercute no solo en el ámbito personal, sino también en la salud y el bienestar bio-psico-socio-cultural, desencadenando inestabilidad emocional, psíquica y económica en la persona.

La prostitución puede estar asociada al consumo de drogas, debido a elección personal, inducida u obligada por un proxeneta (Silva, Salazar, & Rodríguez, 2014). Además de lo expuesto puede existir el deseo personal de consumo de sustancias psicoactivas por parte de la prostituta o trabajadora sexual, en principio podría presentarse de forma experimental y posteriormente generar mayor frecuencia de consumo, lo cual podría desencadenar en problemas sociales como la callejización, actos delictivos para obtener otras fuentes económicas que permitan solventar su vicio o a través de su propio trabajo sin necesidad de que exista una remuneración económica sino mediante el intercambio de los servicios sexuales

por adquirir ciertas drogas. Así también dentro de este ámbito y motivada u obligada por el proxeneta puede existir un consumo de drogas en el lugar que ejerce el trabajo sexual, así como también en la interrelación que establece con el cliente.

1.6 NORMATIVA LEGAL PROSTITUCIÓN

Es importante entender que, históricamente, el trabajo sexual ha sido considerado como la prestación de un servicio que se basa en mantener relaciones sexuales a cambio de dinero — sin distinción de género (Begoña, 2008, citado en Castillo, 2015). En el Ecuador, la prostitución no es considerada un delito, si bien están prohibidas las actividades que fomenten esta actividad. Pues aún no existe una ley específica que permita regularla. Esto fomenta la aparición de riesgos y violaciones a derechos humanos (explotación laboral, ausencia de seguridad social, violencia física, discriminación, prostitución inducida, tráfico de personas, etc.). Esta inseguridad jurídica genera un estado de vulnerabilidad al predisponer la participación de la trabajadora sexual en delitos o ser víctima de los mismos (Castillo, 2015).

En el Ecuador, se identifican cuatro regímenes legales que caracterizan a la prostitución: prohibicionista, abolicionista, reglamentarista y laboral. El régimen laboral reclama el reconocimiento del trabajo sexual como una actividad laboral legítima y orienta sus acciones a la despenalización y descriminalización de la prostitución. En oposición al régimen laboral, los regímenes prohibicionista, abolicionista y reglamentarista no reconocen la legitimidad del trabajo sexual, pues consideran que esta actividad es consecuencia de patologías psicológicas, dificultades mentales o psicosociales, que derivan o sostienen la manipulación de la trabajadora sexual por parte de proxenetas o clientes (Wijers, 2004; Alexander, 1998; Outshoorn, 2005, citados en Betancourth, 2010).

Estos cuatro regímenes se reconocen en algunos hitos históricos referentes a la prostitución y la interpretación jurídica de su estatus como actividad legal o ilegal. Sucede que, en nuestro medio, el debate acerca de la legalidad del trabajo sexual tiene puntos en común con el debate en torno a la prostitución adulta, la trata de personas y la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes. En la actualidad, subsiste cierta dificultad para establecer límites conceptuales entre la explotación y el trabajo sexual, pues atraviesa la cuestión de la influencia de factores predisponentes y su relación con el libre albedrío (Betancourth, 2010).

Así, en 1979 el Estado ratifica *la Convención para la represión de la trata de personas y de la explotación de la prostitución ajena* (correspondiente al enfoque abolicionista). Debido al crecimiento de la problemática, en 1990 surgen los primeros estudios e iniciativas referentes a la explotación sexual en el Ecuador. En 1995 tiene importancia la realización del foro-taller denominado “*Condiciones de Vida y de Trabajo de las Niñas y Mujeres en la Prostitución: Estrategias y Acciones*”, en donde se establece la necesidad del abordaje multidisciplinario y concluye que la prostitución adulta y la prostitución infanto-juvenil deberían abordarse desde diferentes parámetros jurídicos.

En 1996, se realiza la Conferencia de Estocolmo (*Primer Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los niños, niñas y Adolescentes*), en donde se establecen directrices locales para la eliminación progresiva de la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes. Estas directrices permiten orientar, en 1998, el *Plan Nacional de Derechos Humanos PNDH* (RO 346) que se enfoca en promover políticas de protección a niños y niñas en situación de riesgo, enfatizando situaciones como la explotación (laboral, sexual) o maltrato.

En 2004, “el gobierno ecuatoriano declara como Política Prioritaria del Estado, el combate al plagio de personas, tráfico ilegal de migrantes, explotación sexual y laboral y, otros modos de explotación y prostitución de mujeres, niño, niña y adolescente, pornografía infantil y corrupción de menores” (Betancourth, 2010). Así, bajo la dirección del Consejo Nacional de la Niñez, se elabora el *Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia*, el cual continúa con el fomento de políticas de protección especial para grupos vulnerables (niños, niñas y adolescentes), y por primera vez se procura una diferenciación conceptual entre el abuso, maltrato, tráfico de personas, acoso sexual y explotación sexual comercial. Consecuentemente, al fomento de estas políticas se suma el *Consejo Nacional de las Mujeres*, quienes coadyuvan en el desarrollo de medidas legales, institucionales y financieras que permitieran implementar estas políticas.

En 2005, el Decreto Ejecutivo 179 establece la prioridad estatal de proteger, de manera integral, los derechos de los niños, niñas y adolescentes del Ecuador, bajo la responsabilidad del *Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia*. Tras esto, el *Consejo Nacional de las Mujeres* elabora el *Plan de Igualdad de Oportunidades 2005 – 2009*, un instrumento técnico-político orientado al diseño políticas, planes y programas, transversal a todas las instituciones públicas y privadas competentes. En este documento se subraya un enfoque de género que procura un marco legal y disposición de recursos permanentes para “la erradicación progresiva

de mensajes comunicativos con estereotipos de género, la incorporación del sistema de salud de las necesidades específicas de las mujeres, niñas y adolescentes, para erradicar la violencia de género y la prevención y erradicación del abuso, acoso y explotación sexual y todo tipo de discriminación, la defensa y restitución de los derechos específicos de las mujeres niños, niñas y adolescentes” (Betancourth, 2010). En el mismo año, se da la reforma del título *VIII de los Delitos Sexuales del Código Penal*, en donde se da un importante avance sobre la clasificación de los delitos sexuales, y articula los diversos instrumentos y convenciones internacionales.

En 2006 se publica el Plan Nacional para combatir la trata de personas, tráfico ilegal de migrantes, explotación sexual laboral y otros modos de explotación y prostitución de mujeres, niños, niñas y adolescentes, pornografía infantil y corrupción de menores (RO 375), el cual experimentó algunas reformulaciones orientadas a prevenir la explotación sexual y brindar protección integral a las víctimas (Betancourth, 2010).

Actualmente, el Código Orgánico Integral Penal (2014) aborda de manera tangencial el tema de la prostitución (secciones segunda, tercera y cuarta), refiriéndose al delito de trata de personas con fines de explotación, lo que incluye la prostitución forzada, la pornografía infantil y el turismo sexual. El COIP enfatiza la cualidad de ilegal en relación a actos de explotación a mujeres, niños u otros grupos vulnerables. Asimismo, el Código del Trabajo (2012) establece como delito el reclutamiento de menores de edad en actividades vinculadas a la prostitución o pornografía (Art. 138), en concordancia con los convenios internacionales ratificados por el país.

La ilegitimidad de esta actividad deviene en la violencia institucional, definida como el conjunto de “prácticas estructurales de violación de derechos, desarrolladas (por acción u omisión) por funcionarios pertenecientes a fuerzas de seguridad, fuerzas armadas, servicios penitenciarios y efectores de salud, así como también operadores judiciales, en contextos de restricción de autonomía y/o libertad” (Red de Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe, RedTraSex, 2016).

Estas prácticas estructurales incluyen distorsiones u obstáculos por parte de la policía o instancias legales, e incluye acciones u omisiones que lleva a la discriminación, la incriminación, el abuso de autoridad, las omisiones, la delegación de la investigación hacia la institución policial, dilaciones en los procesos judiciales, falsas imputaciones, falsa tipificación, falta de resguardo de información privilegiada, impedimentos en la constitución de

la querrela y restricción de información (Red de Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe, RedTraSex, 2017).

El Estado ecuatoriano recalca la importancia de garantizar los derechos que se promueven para todos los habitantes del mismo a través de la Constitución de la República del Ecuador, en el cual menciona que la salud es un derecho fundamental por medio de uno de sus entes rectores como lo es el Ministerio de Salud Pública y específicamente cada una de sus Unidades Operativas funcionales en todo el país.

Ante esto es necesario referirnos a lo estipulado por el Estado a través de la Constitución de la República del Ecuador (CRE):

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

La salud es un derecho fundamental que garantiza el Estado ecuatoriano para todos sus habitantes. Como se menciona en la cita anterior, el cuidado de la salud no solo está orientado a combatir la enfermedad médica, fisiológica u orgánica que pueda presentar una persona, sino también está ligado a promover acciones y servicios que, por medio de la promoción y prevención en distintos temas, brinden mayor bienestar al ser humano en todas las esferas biopsicosociales que lo integran.

Además de la Salud y lo anteriormente expuesto es importante mencionar que existe también un control sobre los lugares que se ejerce el Trabajo Sexual, en el tema relacionado a la regulación del trabajo sexual, en el artículo 1 del *Reglamento de control y funcionamiento a los establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual* se establece que “El presente Reglamento tiene como objeto, regular y establecer los requisitos que deben cumplir los establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual” (Reglamento de control y funcionamiento a los establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual, 2014).

En este reglamento se hace referencia los requisitos de higiene y buenas prácticas ambientales que deben mantener los establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual entre éstos por ejemplo se encuentran los siguientes:

Art. 4.- Los establecimientos destinados al ejercicio del trabajo sexual deben cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Contar con servicios higiénicos o baterías sanitarias equipados con:
- Ducha
 - Lavamanos.
 - Inodoro y/o urinario, cuando corresponda.
 - Dispensador de jabón de pared provisto de jabón líquido.
 - Dispensador de desinfectante, dentro o fuera de las instalaciones sanitarias.
 - Equipos automáticos en funcionamiento o toallas desechables para secado de manos.
 - Dispensador provisto de papel higiénico.
 - Basurero con funda plástica. • Provisión permanente de agua, ya sea agua potable, tratada, entubada o conectada a la red pública.
 - Energía eléctrica.
 - Sistema de alcantarillado o desagües funcionales que permitan el flujo normal del agua hacia la alcantarilla o al colector principal, que no exista acumulación de agua en pisos, inodoros y lavabos. Contar con un mecanismo de disposición de excretas y evacuación de aguas servidas.
 - Sistema de eliminación de plagas.
 - Protección para el personal conforme legislación laboral aplicable
 - Sistema de eliminación de desechos conforme la normativa ambiental aplicable
 - Registro de limpieza y desinfección de duchas, lavabos, inodoros y/o urinarios.
- (Reglamento de control y funcionamiento a los establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual, 2014).

Lo anteriormente expuesto hace referencia a algunas normas de higiene y salud que se deben mantener en los establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual, lo cual es más evidente en los hostales y night clubs que cuentan con registros sanitarios y permisos de funcionamiento, en comparación de otros lugares que no cumplen estas especificaciones y que funcionan de forma clandestina e ilegal.

A lo largo de este capítulo se ha hecho referencia a la diferencia entre prostituta quien presta un servicio sexual para obtener un beneficio económico- dinero y trabajadora sexual quien desea tener representatividad en este ámbito profesional, además que se garanticen sus derechos y se genere igualdad de condiciones laborales, a parte del beneficio económico que también reciben por el acto sexual.

Posteriormente se hizo énfasis en los factores psicosociales que son condiciones que afectan directa o indirectamente en las decisiones posteriores que una persona elige para su vida, lo cual se convierte en factores de riesgo o factores protectores ante la posibilidad de iniciar o perpetuar conductas negativas como por ejemplo relacionado al consumo de drogas que es el capítulo que se presenta a continuación.

CAPÍTULO II

DROGAS: HISTORIA, FACTORES PSICOSOCIALES Y MARCO LEGAL

En este capítulo se describe una breve historia de las drogas caracterizando su uso y su impacto a nivel social y cultural. Además, se analiza, los factores psicosociales que inciden en personas consumidoras de drogas, destacando los elementos tanto subjetivos como del entorno que hace del consumidor una persona dependiente. En este aspecto incluyen los factores de riesgo: individuales, relacionales, sociales y los factores de protección. Finalmente, se analiza el marco legal que existe en la actual constitución sobre el uso de drogas.

Los factores psicosociales son condiciones que favorecen o reducen las posibilidades de iniciar el consumo de drogas o la progresión del mismo, ante esto existen diversos factores que influyen en esta dinámica: personales, familiares, relacionales, sociales, socioeconómicos, entre los que más se destacan.

“[...] los factores del comportamiento, del medio ambiente y biomédicos que pueden aumentar o reducir los riesgos que conducen al inicio del consumo o la progresión hasta el abuso y la adicción. El conocimiento de tales factores, sin duda, daría paso a una prometedora acción preventiva orientada a evitar los riesgos físicos, psicológicos y sociales relacionados con el inicio y el desarrollo del consumo de drogas”. (Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p.16)

El hábito, el uso, el abuso y la dependencia son factores que determinan el nivel en el que puede estar involucrado el consumidor con la sustancial, asociado a las condiciones antes descritas que pueden tornarse como factores protectores o de riesgo. Estos factores en su conjunto proporcionan un amplio conocimiento que sirve de análisis para determinar la relación entre los factores psicosociales y el consumo de drogas.

Finalmente, se analiza el marco legal acerca de las drogas. Se toma en cuenta a la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas de 1990 y todas las reformas que se han realizado en la actual constitución del 2008 referente a la tenencia y consumo de drogas que ha generado debate y controversia al respecto.

2.1 HISTORIA DE LAS DROGAS

El consumo de sustancias psicoactivas ha existido en casi todas las culturas y desde tiempos prehistóricos (Beck, et al., 1999); responde a una necesidad arquetípica que se concreta de manera distinta en cada sociedad, cumpliendo una u otra función histórica según las condiciones específicas de cada época. Las tensiones geopolíticas, las particularidades del

sistema económico y la interacción de las formas de cultura resultantes del proceso de globalización han permitido que el mundo occidental equipare el uso de drogas con la transgresión de los estándares morales, dando pie a políticas tendientes a la criminalización del consumo problemático sin mucho énfasis en el significado personal, responsabilidad colectiva y abordaje terapéutico adecuado. Esto parece ser un fenómeno muy reciente, propio de nuestra época y susceptible de perfilarse a partir de las etimologías correspondientes. La palabra adicto proviene del vocablo latino *addictus*, que en la Antigua Roma aludía a quien, en principio, había sido un hombre libre y posteriormente entregado a otro hombre mediante juicio o acto legal, con el fin de entregar su fuerza de trabajo para honrar una gran deuda o favor (Diccionario Etimológico, 2019). Asimismo, adicto en alemán es *Sucht* y deriva de vocablos del alemán antiguo e idioma gótico que significan *enfermedad*. Evolución etimológica similar en el verbo inglés *to crave* (desear, anhelar, necesitar algo de manera intensa) proveniente de las palabras nórdicas *kräva* (sueco) o *kræve* (danés) que significan “demandar algo como un derecho, exigir de manera intensa” (Zoja, 1993).

Históricamente, estas palabras han tenido usos descriptivos y de connotación neutra, sin embargo la relación de las sustancias con los usuarios ha adquirido una significación cada vez más negativa con el paso del tiempo (Zoja, 1993), especialmente desde la Revolución Industrial (segunda mitad del siglo XVIII). Observamos que las palabras vinculadas al término “adicto” y “sustancia” son, en nuestros días, indisociables de los conceptos de enfermedad y esclavitud. Los estudios etnográficos han permitido identificar las formas de uso de sustancias psicoactivas en los pueblos primitivos, siendo la característica habitual la ingesta colectiva de la sustancia con delimitaciones rituales, de índole iniciática, con el fin de lograr la transmisión y establecimiento de significantes comunes que permitiesen la integración del sujeto en determinado grupo social (Rojas Jara, y otros, 2015). Por otra parte, la edad contemporánea contempla un uso de sustancias psicoactivas desprovisto de rituales comunes a toda la sociedad, debido probablemente a la escala y complejidad de las formas de cultura, intercambios y dinámicas propias de la globalización. La ausencia de ritual implica una aproximación por definición no consentida, por ende marginalizada y perseguida por las dinámicas inconscientes de autoregulación colectiva (Asociación de Estudiantes de Psicología - AEPs PUCE, 2018). Al respecto es interesante la lectura en clave lacaniana, acerca del presente momento histórico, en relación a la dialéctica elemental de las mercancías, ilustra el correlato psíquico del sistema económico actual. Tomando como punto de partida las

proverbiales campañas de publicidad de Coca-Cola, bajo premisas como: "*Coca-cola it's the real thing*" o "*Coca-cola that's it*" se cuestiona: ¿qué es eso *real*? Eso real no es una propiedad física o química de la bebida, es un exceso implícito que constituye el *objeto-cause* de deseo (plus-X) y que “según la fórmula lacaniana, podría cambiar repentinamente y convertirse en excremento, en lodo no potable (en el caso de la Coca bastaría con que fuera servida caliente y rancia)” (Žižek, 2003, p. 137). Para este autor, no existe la posibilidad de desprenderse del mencionado exceso, pues la causa objetiva de los deseos y, por tanto, de los objetivos primordiales y motivaciones fundamentales del hombre occidental ya no tienen relación con la satisfacción real de las necesidades, sino más bien con la obligación de gozar indefinidamente en el instante inmediatamente previo a la satisfacción, en el momento tope del poder; la persecución interminable del deseo por el deseo mismo es el desear continuar deseando. La idea de un deseo desmesurado, el permanecer suspendido en el clímax, el jamás quedar satisfecho, es ya un tópico viejo y conocido de la crítica a la doctrina capitalista. Pocas drogas han sido ilícitas desde el momento de su descubrimiento o síntesis. En general, las drogas han sido definidas como ilegales solo cuando los problemas derivados de su uso se han vuelto evidentes. Algunas drogas, ahora ilegales, han sido legales en distintos periodos (por ejemplo, el uso elitista de la cocaína, desde la Segunda Guerra Mundial hasta los años 70) (Caballero, 2005) siendo populares entre las clases medias y altas. Asimismo, aquellas drogas ilegales, utilizadas actualmente con fines lúdicos o hedonistas, han sido usadas con anterioridad para disminuir el dolor físico, reducir síntomas de enfermedades o aumentar el rendimiento en el trabajo (Robins, 1980). Gracias a las nociones de la Ilustración, a partir del siglo XIX surgen las ideas que dan lugar a la comprensión de la adicción y el alcoholismo como algo distinto a un comportamiento inmoral o derivado del influjo de fuerzas sobrehumanas: las premisas del modelo médico del alcoholismo y la adicción:

Thomas Trotter y su modelo médico del alcoholismo como enfermedad, Carl von Bruhl-Cramer y la “dipsomanía” Esquirol y su inclusión dentro de las “monomanías”, Magnus Huss y el “*alcoholismus chronicus*”, Edward Levinstein y la adicción a la morfina, Norman Kerr y la “narcomanía” Legrain y Morel y el alcoholismo como una enfermedad hereditaria degenerativa, Emil Kraepelin y la progresiva inclusión en sus manuales de nuevas entidades nosológicas como “alcoholismo”, “morfínismo”, “cocainismo” e “intoxicación crónica” (Apud y Romaní, 2016).

Durante este siglo se consolidan las ideas centrales que permiten hablar de algunos parámetros clínicos asociados a la adicción: tolerancia, abstinencia, predisposición biológica, progresividad del trastorno o pérdida de control voluntario para detener el consumo. Así, el modelo biomédico fue formalizado por Harry Levine hacia 1978. Consecuentemente, durante

la década 1970 se empieza a identificar la dificultad para explicar la adicción en términos exclusivamente biológicos o neurológicos, por lo que se empieza recurrir a nociones de disciplinas como la sociología o psicología; surge, así el modelo biopsicosocial de la adicción. Este modelo permite entender a la adicción como producto de la interacción de factores de riesgo, protección y vulnerabilidad a nivel neurobiológico, psicológico y social. Zimberg (1972, 1974, citado por Apud y Romaní, 2016) plantea que las consecuencias del consumo de drogas se explican gracias a la interacción de tres factores: propiedades farmacológicas, propiedades del sujeto y características del contexto (set and setting). Asimismo, el análisis del contexto es el punto de partida para el modelo sociocultural, que integra las perspectivas de la sociología y la antropología (la adicción y su vínculo con procesos de desviación y anomia, el estudio de los nichos de desorganización social y las subculturas, estigmatización y etiquetado social, etc.). El análisis de la interacción social y las prácticas culturales ha permitido pensar el problema de la adicción en términos de trayectorias de enfermedad/malestar (trayectorias de adicción), en donde resultan relevantes las experiencias y elaboraciones narrativas de los sujetos. Estas experiencias implican el replanteamiento progresivo del estatus legal y políticas públicas asociadas; también permite diferenciar el consumo de psicoactivos en contextos rituales o tradicionales del consumo occidental actual.

Actualmente, el concepto de adicción se encuentra atravesado por prejuicios sociales e intereses económicos y políticos, por lo que resulta compleja la distinción entre la causalidad neuromodular y cultural. Asimismo, los mecanismos que devienen en la adicción son multifactoriales y dinámicos.

2.2 FACTORES PSICOSOCIALES EN PERSONAS CONSUMIDORAS DE DROGAS

El consumo de drogas es una problemática social y de salud pública, considerada así debido a los riesgos que el uso y abuso de las sustancias tienen para la salud tanto a nivel físico-orgánico como mental ya que las mismas pueden asociarse a trastornos mentales procedentes de la frecuencia de consumo y la sustancia a la cual una persona pudo generar una dependencia, “Los problemas de salud pública causados por el consumo de sustancias psicoactivas han alcanzado proporciones alarmantes y constituyen a escala mundial una carga sanitaria y social importante y en gran medida prevenible”. (Organización Mundial de la Salud, 2016). El consumo de drogas no solamente es considerado un problema de salud pública en el

Ecuador, a nivel mundial tiene la misma relevancia y no solamente por los problemas asociados a la salud que se mencionó anteriormente, sino también a los problemas sociales ligados al consumo: discriminación hacia las personas que han generado una dependencia orgánica y psicológica, dependiendo el tipo de sustancia que consume, así como también la frecuencia de las mismas, además de otros problemas asociados como: la delincuencia, crimen organizado, microtráfico, entre otros.

En el contexto del consumo experimental o permanente de drogas se encuentran inmersos los factores psicosociales que son condiciones psicológicas individuales y sociales, estos componentes tienen una relación directa o indirecta con comportamientos que presenta el individuo referente a ciertas situaciones o hechos por los que atraviesa, en esta dinámica se encuentran implícitos los factores de riesgo y los factores protectores.

Los factores psicosociales son considerados eventos y/o condiciones de carácter psicológico y social que tienen una relación directa o indirecta con otros fenómenos o comportamientos y que pueden ser de orden causal, precipitante, predisponente o simplemente concurrente de los mismos, de acuerdo con su presencia o ausencia en circunstancias concretas. Esto los convierte en factores de tipo protector o de riesgo para la incidencia y prevalencia de las problemáticas (Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p. 29 - 34).

Continuando con la definición acerca de los factores psicosociales y complementando lo expuesto anteriormente “Los factores psicosociales que entran en juego a nivel individual se dividen en dos categorías: factores de riesgo que, sin estar ligados causalmente al consumo o dependencia, los anteceden y aumentan su probabilidad de ocurrencia, y factores de protección que hacen fuertes a las personas para resistir los riesgos” (Organización de Estados Americanos, 2013, p. 26). Es importante destacar que tanto los factores de riesgo como de protección favorecen o disminuyen la probabilidad de que una persona consuma de forma experimental u ocasional cualquier tipo de droga o que al contrario genere una dependencia o adicción a la misma.

Los factores de riesgo son “una característica, condición o comportamiento que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad o sufrir una lesión. Los factores de riesgo a menudo se presentan individualmente” (Academia Europea de Pacientes, 2015). En el contexto relacionado a la problemática del consumo de drogas los factores de riesgo podrían constituirse como una condición de vulnerabilidad personal en la cual están implícitas ciertas características propias del individuo.

Los factores de riesgo pueden ubicarse en diferentes dominios: individual (por ejemplo, trastorno emocional o de aprendizaje o personalidad orientada a la búsqueda de sensaciones nuevas), familiar (convivencia con padres alcohólicos), escolar (fracaso académico), social

(amigos usuarios de drogas) y comunitario (alta disponibilidad de sustancias). Tales factores interactúan con cada individuo quien procesa los estímulos, los interpreta y responde a ellos de una manera diferente (Organización de Estados Americanos, 2013, p. 27).

Algunas de las condiciones dentro de los factores de riesgo que aumentan la posibilidad de que una persona sea más vulnerable para generar una conducta adictiva posterior serían: el autoconcepto que se relacionan con la necesidad de agradar a la otra persona y la baja autoestima, esa inseguridad en sí mismo, seguidamente otra condición es el autocontrol, los valores, creencias que tenga esa persona, así como también las habilidades sociales y los recursos que disponga para poder relacionarse. Así también otros factores de riesgo están relacionados con el ambiente en el que se desenvuelve el individuo como son: la escuela, ámbito social, laboral y comunitario.

Al contrario de los factores de riesgo, los factores protectores como su nombre lo indica cumplen el rol de “proteger” al individuo para que no cometa actos que atenten en contra de sí mismo o hacia los demás, en el contexto del consumo de droga protegen al individuo para que no consuma de forma desmesurada.

Los factores de protección pueden ubicarse también en cada uno de los dominios de la vida de la persona: en la esfera individual (por ejemplo, alta autoestima o personalidad orientada a evitar riesgos), familiar (convivencia con padres capaces de cubrir las necesidades afectivas de los menores), escolar (apego a la escuela), social (amigos poco tolerantes hacia el consumo) y comunitaria (pertenencia a redes de apoyo social). (Organización de Estados Americanos, 2013, p. 27). Los factores protectores también se originan tanto a nivel individual como social en la interacción con las demás personas, así también toman relevancia la participación de la familia, escuela, sociedad y comunidad, estos componentes disminuyen el riesgo de que una persona consuma de forma frecuente e incluso permanente cualquier sustancia psicoactiva, que posteriormente desencadene en un consumo problemático.

2.3 FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES

2.3.1 AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA

El autoconcepto es la imagen que cada uno tiene de sí mismo, en ésta se incluye tanto la propia percepción, así como también la de las demás personas, si una persona tiene un pobre autoconcepto de sí mismo eso es lo que va a proyectar o reflejar hacia las demás generando desvalorización y sentimientos de minusvalía, esto se liga también a la autoestima que es la imagen cómo me veo y la idealización de la misma, lo que quisiera ser.

Ambos conceptos están íntimamente relacionados. El primero hace referencia a la imagen que cada persona tiene de sí misma y es el resultado de la suma, tanto de la percepción del sujeto sobre sí mismo como de la de los demás sobre él. Por otro lado, el grado de autoestima viene determinado por la relación entre la imagen que cada uno tiene de sí y la que le gustaría para sí en términos de imagen ideal (Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p. 19 - 20).

El autoconcepto y autoestima se constituyen como factores de riesgo ante un posible consumo de drogas, por ejemplo en la etapa de la adolescencia se produce una identificación con sus pares la cual puede ser positiva o negativa, además de la adrenalina por tener nuevas experiencias lo cual genera placer, asociado a esto una sensación de libertad ya que algunos adolescentes creen que al llegar a esta etapa podrán realizar actos que antes no los podían hacer debido a la autoridad ejercida por sus padres y el rol que cada uno de ellos cumple, sin embargo todas estas conductas pueden considerarse como de riesgo si a esto se liga una baja autoestima y un pobre autoconcepto de sí mismo.

La baja autoestima es considerada como la falta de amor propio, por ello realizan conductas con las cuales se autocastigan ya que se consideran seres indignos de valor. La pobre autoestima está formada por creencias irracionales, un autoconcepto patológico, un súper yo primitivo, un yo ideal o autoimagen no realista que conduce al individuo a tener percepciones de infelicidad (Escalante, 2004).

La falta de amor propio, asociado al pobre autoconcepto puede motivar al individuo a realizar actos de autoagresión y castigo al no aceptarse a sí mismo, si ambos factores se encuentran debilitados en el individuo podrían constituirse como un factor de riesgo y de vulnerabilidad en las personas, y más en los adolescentes por la identidad y relación con los pares, ya que aumenta la posibilidad de involucrarse en ciertos actos motivados por otras personas quienes pueden ser vistas como sus salvadores ante lo que pueden estar sintiendo con respecto hacia sí mismas, sin embargo, la adolescencia no es la única etapa donde se reflejan estas condiciones, ya que tanto la autoestima y el autoconcepto están presentes permanentemente en la vida de las personas por ende podrían considerarse como un factor de riesgo a cualquier edad, ante esto es importante que el propio individuo pueda identificar sus fortalezas y debilidades que también se relacionan con los dos conceptos anteriores.

2.3.2 EL AUTOCONTROL

El autocontrol es la capacidad que tiene el ser humano para controlar su conducta, sentimientos y pensamientos, para poder posteriormente expresarse hacia las demás personas de una forma aceptable, asertiva, mediante el diálogo y la comunicación, sin incurrir en actos impulsivos o atentatorios tanto para sí mismo como hacia las demás personas.

Es la capacidad del ser humano para dirigir y controlar su propia conducta y sus sentimientos. El autocontrol está muy relacionado con el autoconcepto y la autoestima ya que “una persona que tiene una idea de sí misma coherente con su verdadera forma de ser manifestará unos sentimientos positivos hacia su persona, conocerá sus propios límites y poseerá un nivel aceptable de control sobre lo que hace y sobre las consecuencias que de ello se derivan” (Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p. 20).

El autocontrol se relaciona directamente con el autoconcepto y la autoestima, si una persona se siente bien consigo misma, se conoce, se acepta con sus cualidades y defectos, le será más fácil poder controlarse ante determinadas situaciones ya que piensa en las posibles consecuencias antes de cometer un acto de forma impulsiva, es decir conoce sus propios límites y es más difícil que recaiga ante ciertas provocaciones. “Es la capacidad de regularse, controlarse y dominarse a sí mismo y en todas las dimensiones en las que se desenvuelve el individuo. Incluye aspectos tales como el autocuidado, la autodisciplina, la organización propia o el manejo de sí mismo” (Naranjo, 2007, p. 12). Relacionado con el contexto de las drogas el autocontrol es la capacidad que tiene una persona para poder poner un límite al consumo, es decir que sea consciente de sí mismo y de lo que podría generar en él en referencia a su propia conducta y hacia las demás personas bajo los efectos de determinado tipo de droga, así como también de la frecuencia del consumo que es parte del factor individual “[...] el autocontrol resulta de vital importancia en la fase de mantenimiento del consumo de drogas, pues hace que el individuo sea capaz de mantener un consumo moderado. Por el contrario, su ausencia conlleva un nivel de consumo excesivo” (López, Peralta, Muñoz & Godoy, 2003, p. 128). El autocontrol permite a una persona que modere o regule su consumo, mientras que aquella que tiene poco autocontrol sobre sí mismo posiblemente genere una dependencia a determinada sustancia psicotrópica y asociado a éste, problemas personales, sociales y familiares, como consecuencia de actos impulsivos que devengan del consumo excesivo.

2.3.3 HABILIDADES SOCIALES

Las habilidades sociales son capacidades de interacción social, recursos para establecer relaciones adecuadas y adaptadas a la realidad, expresando las propias opiniones y sentimientos (Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p. 19). Las habilidades sociales son un conjunto de capacidades que tiene cada individuo para poder relacionarse con las demás personas, interactuar con ellos, establecer una comunicación asertiva en la cual puedan expresar sus pensamientos y sentimientos hacia las otras personas sin aquejarlas emocionalmente.

La interacción que se da entre dos o más personas lleva consigo actitudes, pensamientos y sentimientos, lo cual crea señales emocionales, mismas que en la relación con el otro provocan reacciones las cuales pueden ser positivas o negativas, de forma que si por ejemplo alguien nos contesta de forma alterada y enérgica nos sentiremos molestos, al contrario, si alguien está feliz eso también se verá reflejada en la otra persona.

Estas habilidades nos ayudan en nuestra vida diaria, es decir, en un contexto interpersonal, examinando las respuestas propias hacia otras personas; respetando las opiniones y formas de comportamiento de otras personas; y ayudándonos a resolver y mejorar situaciones problemáticas que pueden darse a lo largo de la vida (Soto,2009).

Las habilidades sociales permiten la interacción con las demás personas en el diario vivir a través del respeto, la asertividad, la comunicación, resolución de conflictos, entre otros recursos que utiliza el individuo para poder relacionarse de mejor manera con los demás.

En el contexto relacionado al consumo de drogas, la droga genera una sensación de bienestar, placer, así como también desinhibición lo cual favorece que una persona tímida por ejemplo pueda relacionarse más fácilmente con los demás, de esta forma el consumo de drogas se vuelve una forma de afrontamiento en las relaciones sociales, [...] “las drogas sustituyen a las competencias sociales, refuerzan la conducta de consumo puesto que permiten enfrentarse a la situación, y mantienen el consumo en la medida en que estas situaciones sociales se repiten” (Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p. 19), con esto se podría decir que la droga favorece las relaciones interpersonales ya que es un medio muy utilizado por la población en general, para sentirse parte de un grupo, además permite integrarse más fácilmente dejando a un lado la timidez y la introversión, por ejemplo en el caso de personas que tengan éstas características personales; así también favorece el sentido de pertenencia a un grupo y más aún cuando comparten gustos o actividades en común, consecuentemente también se refuerza el consumo ya que en cada encuentro social que la persona tenga con sus amigos o pares, va a consumir la droga que motivó la reunión., “Algunos adolescentes, antes que permanecer solitarios se incluyen en grupos marginales” (Rivero y Fierro, 2005, p. 23). “Cuando los adolescentes no encuentran autoafirmación, la buscan en grupos antisociales donde fácilmente la encuentran ante la imitación de patrones inadecuados de conducta” (Garzón, 2018, p.26). La sensación de soledad produce la necesidad de contacto, lo cual también se relaciona con el autoestima, autoconcepto, rasgos de personalidad entre otros factores personales, que podrían provocar una dependencia afectiva hacia la otra persona, ante esta búsqueda desesperada de complementar su ser en ese momento cualquier persona con la que exista cierta identificación, gustos,

similitudes, además de la reafirmación de conductas que no son aceptadas por los demás va a considerarse como un factor de riesgo en relación al consumo experimental o permanente de alguna sustancia psicotrópica.

2.3.4 ACTITUDES, CREENCIAS Y VALORES

Actitud se define como: “Postura del cuerpo, especialmente cuando expresa un estado de ánimo (Real Academia Española, 2014). La actitud es un estado de ánimo que está ligada a la forma en que cada uno expresa sus pensamientos, sentimientos y emociones, todo esto se relaciona con la comunicación tanto verbal como no verbal - corporal, es decir la forma en que nos expresamos favorece las relaciones sociales, al contrario, cuando esto no se da, existe un distanciamiento social y una tendencia al aislamiento.

Las creencias son ideas reconocidas como verdaderas por un grupo, sin importar su validez objetiva; son lo que los miembros de un sistema cultural aceptan como cierto (Fundación Gedeón, 2015). Un componente inmerso en la cultura son las creencias, es decir las ideas que son reconocidas como verdaderas por un grupo determinado las cuales influyen en el pensamiento mágico, mítico o simbólico de cada persona. Relacionado al consumo de drogas existe la creencia de que si una persona consume por primera vez cualquier tipo de droga va a generar una dependencia química inmediata, sin tomar en cuenta otros factores que influyen para una posible dependencia posterior.

El valor es una cualidad que concede a los hechos, cosas o personas una apreciación ya sea positiva o negativa. “En este sentido, lo que el joven piensa sobre las drogas, las creencias acerca de sus efectos y sobre el propio acto de consumir y lo que experimenta con ellas, arrojan un balance subjetivo positivo o negativo que determinará la ocurrencia o no del consumo” (Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p. 18-20). El valor es esa cualidad positiva o negativa que se asigna a personas, situaciones u objetos; en relación a las drogas, el valor que ésta tiene a nivel social es negativo por los efectos y consecuencias que determinados tipos de drogas provocan en el ser humano, lo que produce estigmatización hacia las personas consumidoras, así como también discriminación. “Los factores de riesgo asociados a la percepción de riesgo, las actitudes y creencias facilitan el inicio en el consumo de drogas. Estos factores son la actitud favorable hacia el consumo de drogas, las creencias positivas acerca de las consecuencias, las influencias normativas, la intención de consumo y la percepción de riesgo”

(Melo y Castanheira, 2010, p. 657). Estos tres componentes creencias, valores y actitudes, ante el uso y consumo de drogas son condiciones que pueden tornarse como factores de riesgo dependiendo de si cada una de éstas es percibida y reconocida por el sujeto como algo negativo porque también puede darse lo contrario, lo cual sería considerado como un factor protector.

2.3.5 EXPERIMENTACIÓN

La etapa en la que es más visible la experimentación debido a diversos cambios que se presentan tanto personales como en las relaciones sociales, es en la adolescencia, algunos de éstos son: fisiológicos, biológicos, psicológicos, emocionales, en este último se generan alteraciones de ánimo constantes que el propio individuo no sabe cómo manejarlo, así también el rol que cumplen los padres en esta etapa es importante ya que comienzan los conflictos debido a desavenencias, las relaciones se tornan distantes lo que se constituye como un factor de riesgo ya que los jóvenes al verse solos en esta etapa buscan refugio en sus pares, amigos y en ocasiones, no siempre, esas amistades incentivan la experimentación de sustancias, relacionado con el consumo de drogas.

Durante la adolescencia el cerebro se encuentra en pleno proceso de desarrollo y maduración, produciéndose muchos e importantes cambios tanto en su estructura como en su función (particularmente en las áreas implicadas con el procesamiento de las recompensas). Como parte de este proceso aparece un conjunto de comportamientos entre los que se destacan la búsqueda de nuevas sensaciones (aventuras) y la toma de decisiones riesgosas e impulsivas (Clarín Digital, 2017).

El adolescente en esta etapa experimenta diversos cambios no solamente físicos, si no también psicológicos, emocionales y también en el ámbito sexual, por ejemplo buscan sentir nuevas sensaciones, emociones, además de cierto gusto y placer por sentir adrenalina ante determinadas situaciones, relacionado a esto decisiones impulsivas sin pensar en posibles consecuencias riesgosas, ante esta búsqueda pueden por ejemplo iniciar su vida sexual, así como también experimentar consumir sustancias psicoactivas ya sea por una demanda personal o motivada por su grupo de pares, considerándose como factores de riesgo ya que estas conductas posteriormente podrían desencadenar en consecuencias como embarazos no planificados ni deseados, así como también dependencia a determinada sustancia, que depende de varios factores personales, así como también algunas condiciones establecidas por la sociedad.

“La búsqueda de sensaciones se caracteriza por la necesidad de experiencias complejas, variadas y nuevas, y el gusto por el riesgo físico y social a fin de obtenerlas” (Peñafiel, 2009,

p.151). A más de la experimentación en el área social también se encuentra inmerso las expectativas individuales, la experiencia que pudo haber tenido el adolescente en relación a la sustancia sea positiva o negativa, así como también los factores que anteriormente se hicieron referencia el autoconcepto, autoestima, autocontrol y las virtudes, creencias y valores que pueden constituirse como factores de riesgo.

La experiencia directa con las sustancias es una variable de gran influencia en el consumo. Esta variable crea en el sujeto unas expectativas y una experiencia que le proporciona información empírica que le servirá para determinar acciones futuras. Según Bandura (1984) si el sujeto percibe que el consumo de alcohol resulta una estrategia de afrontamiento adecuada, su tendencia al consumo será mayor. Si esta situación se repite durante un tiempo, el consumo de alcohol puede llegar a ser abusivo (Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p. 22).

Continuando con los factores de riesgo, entre éstos la experimentación, un componente individual importante presente en la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias, es la personalidad ya que dependiendo el rasgo de personalidad que son patrones persistentes de percibir, pensar y relacionarse con los demás, puede aumentar la predisposición a consumir drogas, asociado a otras características individuales y factores de vulnerabilidad. Según Bandura (1984) “si el sujeto percibe que el consumo de alcohol resulta una estrategia de afrontamiento adecuada, su tendencia al consumo será mayor”, esto comienza con la experimentación de la sustancia, posterior el sentido de pertenencia es decir formar parte de un grupo, la aceptación de los pares, además el consumo de drogas podría ser percibido como un recurso de afrontamiento en las relaciones sociales.

2.4 FACTORES DE RIESGO RELACIONALES

2.4.1 FAMILIA

Actualmente existen cambios en el modelo tradicional de familia, su estructura ahora es diferentes: nuclear, extendida, monoparentales, homoparentales, ensambladas, entre otras, ante lo cual el concepto de familia también se ha modificado. “El entorno familiar es el primer contexto social en el que se desenvuelve una persona. Por su importancia en el proceso de socialización, la familia ejerce una gran influencia sobre el consumo de drogas en sus miembros, ya que puede actuar licitando, neutralizando o inhibiendo tales conductas (Dento & Kampfe, 1994)”.

Factores de riesgo en la familia:

- Consumo de una sustancia (droga) por parte de los padres u otros familiares.

- Baja supervisión
- Pobre disciplina
- Alta conflictiva familiar
- Historial familiar y actitudes favorables hacia la conducta antisocial y el consumo.
- Bajas expectativas para los hijos (visión de desarrollo, realización o éxito)
- Abuso, maltrato o negligencia. (Psicología Terapéutica,2018)

Es importante recalcar que la familia es el ejemplo que un individuo replica en las demás áreas en las que se desenvuelve. “[...] una percepción negativa de las relaciones familiares por parte de los adolescentes, incluyendo aspectos como la ausencia de lazos familiares, la negatividad y rechazo de los padres hacia el hijo o viceversa, la escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos y las interacciones mal adaptativas entre padres e hijos, aparecen como variables constantes en un gran número de consumidores” (Peñañiel, 2009, p. 157). Las relaciones familiares por ejemplo en la etapa de la adolescencia percibidas como negativas, además de factores como el consumo permanente de alguno de los progenitores de cualquier tipo de droga incluido el alcohol, podría desencadenar otras problemáticas: económica que puede conllevar a conductas antisociales como la delincuencia, además de problemas en la relación de pareja, violencia intrafamiliar, escasa preocupación por los hijos que se refleja en la poca motivación para alcanzar sus metas y proyectos de vida, los cuales se constituyen como factores de riesgo ya que al sentir el poco apoyo de su familia prefieren pasar tiempo con sus amigos, enamorados, entre otras personas que podrían constituirse como su red de apoyo, sin embargo no siempre van a cumplir con ese rol positivo ya que esto depende de diversos factores que son importantes para que generen ese sostenimiento y puedan por el contrario convertirse en un factor protector.

2.4.2 ESCUELA

La escuela se constituye como un espacio de formación tanto a nivel académico como también en el área social, relacional e incluso en la identidad moral ya que es aquí donde se forjan conocimientos y aprendizajes esenciales, así como también funcionales en la vida diaria. “En la escuela se producen intercambios humanos intencionados al aprendizaje de nuevos conocimientos, al desarrollo de competencias cognitivas, socio- afectivas, comunicativas, etc. y a la construcción de la identidad de los sujetos como individuos y de la escuela como

comunidad que convoca y genera adhesión”. (Scientific Electronic Library On line, 2002). La escuela es el lugar en el que se conjugan distintos saberes y conocimientos que generan nuevos aprendizajes día a día, además permite la interacción e intercambio de distintas experiencias tanto positivas como negativas entre todas las personas que acuden a este lugar, es en esta dinámica lo que se va construyendo la identidad de la persona en la relación con los demás.

Si bien existen muchos aspectos positivos en la escuela, es importante mencionar también los factores de riesgo que podría suscitarse en este contexto: “1) Pobre apresto, bajo rendimiento y disminuido (nulo) apego académico; 2) Desmotivación, desinterés y mala voluntad por cumplir el rol como estudiante; 3) Dificultades para cumplir con el código de convivencia escolar (indisciplina); 4) Tipo, tamaño o población de la institución educativa; y 5) Conducta antisocial, venta o consumo de una sustancia (droga) en la escuela”. Psicología Terapéutica (2018). Algunos factores en el ámbito educativo como la desmotivación para aprender, además de desinterés que se ve reflejado en el desempeño escolar, asociado también a dificultades en el comportamiento que afecta la convivencia con los compañeros y maestros, genera mayores dificultades en el ámbito educativo tanto a nivel personal como relacional los cuales se constituyen como factores de riesgo. “Los problemas en el proceso de aprendizaje se verifican al disminuir la capacidad de concentración, de síntesis y organización del material, de aprender conceptos nuevos, de aplicar principios nuevos a problemas específicos, de enjuiciar tareas y situaciones complejas, y tomar decisiones adecuadas y a tiempo” (Fraile, Riquelme & Pimenta, 2004, p. 346). Un factor de riesgo asociado al consumo de drogas es la disminución de la capacidad para aprender, ya que disminuye la atención, concentración, la capacidad de síntesis y organización, el pensamiento, entre otras funciones mentales superiores, generando mayor frustración en la persona, así como también problemas individuales y relacionales. En el ámbito educativo podrían suscitarse algunas conductas de riesgo debido a la presión de sus pares, sensación de libertad y placer que desencadena el consumo per-se.

2.4.3 GRUPO DE PARES, AMIGOS

El grupo de pares proporciona al individuo seguridad, pertenencia, apoyo, comprensión, reconocimiento, identificación que es lo que una persona busca para sentirse bien dentro del mismo, lo cual favorece las relaciones interpersonales.

El grupo proporciona sensación de pertenencia, comprensión, reconocimiento, entre otros elementos, por lo que se constituye como un foco de grandes influencias. Los compañeros proporcionan información directa o indirecta sobre aquellas conductas que son aceptadas y

reconocidas en determinadas situaciones sociales, diferentes a las que el sujeto vive en su medio familiar. El grupo establece sus propias normas y el sujeto que pertenece al grupo debe adoptarlas para ser valorado. En este sentido, si el grupo muestra una actitud favorable al consumo, el adolescente adoptará también estas mismas reglas en su repertorio de conducta. (Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p. 23).

El grupo de pares o amigos genera una sensación de bienestar, apoyo e identificación con sus iguales la que puede ser positiva en cuanto a gustos, hobbies, deportes, entre otros, así como también negativa por ejemplo en la influencia para el consumo de drogas que podría ligarse al ámbito psicológico ya que algunas sustancias psicoactivas generan una sensación de placer en el cuerpo, así como también al pertenecer a un grupo se encuentra implícito el deseo de querer agradar a la otra persona, es a partir de esta interacción que va surgiendo la competencia, rivalidades entre pares, discriminación, bullying, entre otros aspectos negativos de las relaciones sociales, asociado también a factores individuales como: el autoestima, autoconcepto, autocontrol que son fundamentales en la individualidad del sujeto.

En relación al contexto del consumo de drogas, algunos factores de riesgo en el grupo de pares o amigos son: “1) Actitudes favorables de los compañeros, pares o iguales hacia el consumo de una sustancia (droga); 2) Compañeros, pares o iguales consumidores de sustancias (drogas); 3) Compañeros, pares o iguales implicados en conductas antisociales (delincuencia); 4) Compañeros, pares o iguales lo rechazan, excluyen o discriminan y 5) Compañeros, pares o iguales son quienes ejercen liderazgo, poder o dominio”. Psicología Terapéutica (2018). Los factores de riesgo en el grupo de pares pueden darse ante la aprobación del consumo por ejemplo por parte del líder, así como también puede suscitarse manipulación por los demás miembros del grupo para consumir cualquier sustancia o rechazar a la persona que no quisiera hacerlo.

Esto también se liga a conductas antisociales por ejemplo en grupos organizados como pandillas puede existir la posibilidad de que realicen actos delictivos con el fin de obtener recursos económicos para el consumo, sin embargo, esta no es una condición permanente, pero sí un factor de riesgo y más en la población adolescente que es vulnerable por los factores anteriormente descritos. “Se ha demostrado que una disciplina parental ineficaz acompañada de fracaso académico en los hijos y de la presión ejercida por los compañeros constituye un importante predictor de conductas antisociales en los adolescentes. La existencia de escasas habilidades sociales o la transición de la educación primaria a la secundaria también son importantes factores de riesgo para la implicación en conductas antisociales” (Díaz, Pérez, Hermida, Crespo, Villa & Rodríguez, 2009). Algunos factores de riesgo se asocian al sistema

familiar, ya que al existir condiciones negativas como: dificultad para establecer límites y disciplina, poco involucramiento de las figuras parentales con los hijos, además de la falta de apoyo, comunicación y carencia afectiva, lo que posteriormente puede acarrear dificultades en los demás ámbitos en los que se desenvuelve el individuo, por ejemplo desencadenar conductas antisociales que surgen en principio desde la propia persona dependiendo de las características individuales y la personalidad y que en relación con las demás personas éstas conductas se agudizan lo cual se ve reflejado en la relación con sus pares y la aprobación por parte de ellos/ellas, además de las creencias y expectativas que el grupo tenga hacia el consumo de drogas.

2.4.4 USO DEL TIEMPO LIBRE

El uso adecuado del tiempo libre es importante en el desarrollo de habilidades y destrezas que puedan ir adquiriendo las personas, sin embargo, actualmente debido a la facilidad de acceso al internet, así como también a redes sociales, que son una nueva forma de usar el tiempo libre, acarrea problemas en las relaciones sociales personales, las mismas que se tornan efímeras, además de otros tipos de riesgos en torno al mal uso de la tecnología, asociado a esto también la posibilidad de generar una posible adicción conocida como tecno adicción y en el caso de la dependencia al teléfono una nomofobia.

Según una reciente publicación (Laespada, 2000, Laespada y Salazar, 1999), para los adolescentes el tiempo libre y el tiempo de ocio es un espacio donde pueden practicar libremente actividades diferentes a las realizadas el resto de la semana, las cuales se caracterizan por ser actividades obligatorias, estructuradas por horarios y normas. Además, este ocio les permite disponer de un espacio de diferenciación con el mundo de los adultos en el que son ellos los que marcan los horarios fuera del control paterno y adulto. No es extraño, por tanto, que el tiempo libre sea considerado como uno de los valores más apreciados entre los jóvenes (Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p. 23).

El tiempo libre y de ocio es un momento de esparcimiento, además genera esa sensación de libertad de las rutinas diarias que tiene que realizar cada persona, así como también un escape ante las reglas y normas estructuradas en el caso de los adolescentes por los adultos para el cumplimiento estricto de las mismas. Sin embargo, si la familia no ha creado lazos de unión, confianza, comunicación, estos espacios pueden ser mal utilizados y mucho más si existen factores de riesgo como “malas amistades”, el mal uso de redes sociales en las que pueden

estar involucradas personas que atenten contra la integridad de los jóvenes o manipularlos para realizar actos atentatorios contra sí mismos como los retos de internet o actos relacionados con el comercio sexual, expendio o comercialización de drogas.

2.5 FACTORES DE RIESGO SOCIALES

En el componente social se encuentra inmersos las creencias, valores y la cultura misma de determinada sociedad que favorece, aprueba o desaprueba ciertas conductas o actos de sus habitantes.

La sociedad regula numerosas conductas, entre las cuales está el consumo de drogas, en algunos casos mediante disposiciones legales (drogas ilegales, prohibición de venta de alcohol o tabaco a menores de 18 años, consumo de tabaco en lugares públicos, entre otros) y en otros mediante normas tácitamente aceptadas (por ejemplo, cuándo y en qué medida es aceptable beber alcohol). Las personas que tienden a transgredir las normas que regulan el comportamiento de las sociedades pueden verse impulsadas a consumir drogas por el mero de hecho de incumplir las normas (Turbi y Lloria, 2005).

Algunas conductas que podrían considerarse como no aceptadas por la sociedad son el consumo de drogas o sustancias ilícitas en la vía pública, el consumo en sí de droga, dependiendo la legislación de cada país, el trabajo sexual que aún continúa siendo estigmatizado por la sociedad, así como también actos de vandalismo y delincuencia consecuentes de la desigualdad social y la discriminación. “Dentro de las variables sociales, la disponibilidad de la sustancia y la influencia ejercida por los medios de comunicación son los que se sitúan en un lugar preponderante a la hora de determinar la conducta de consumo” (Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p. 25). La aceptación o aprobación de ciertas conductas por parte de la sociedad, favorece el consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco que es muy común en el contexto social por ejemplo en las fiestas o celebraciones populares, así como también en eventos familiares.

Ingerir una sustancia, como todo comportamiento, se produce y toma sentido en un determinado contexto social. En el nuestro, es manifiesta la presencia de tabaco y alcohol en lugares cercanos y accesibles y la incorporación de éstos en nuestro estilo de vida (celebraciones, actos sociales, etc.). La integración cultural de sustancias como el alcohol y la permisividad y aceptación social ejercida a través de actitudes y normas también explican un mayor uso de las mismas (Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p. 25).

El consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas se vincula al contexto social, en este espacio los seres humanos se relacionan de una forma diferente, las reglas no son estructuradas, existe mayor libertad para permitirse tener o manifestar ciertas conductas permitidas dentro del grupo y momento de esparcimiento, por ejemplo, el ingerir alcohol en una fiesta o reunión es una conducta socialmente aceptada al contrario que si alguien no ingiere alcohol lo excluyen. En el caso de la droga depende también del contexto en donde la persona se desenvuelva: reuniones con amigos, fiestas, raves, entre otras actividades recreativas en las cuales es aceptado el consumo por el propio grupo, sin embargo, en el ámbito social este consumo es mal visto, desaprobado y punitivo por parte de la fuerza pública.

Dentro de los factores de riesgo sociales, también se sitúa los factores ambientales que “son aquellos contextos en los que el sujeto se desenvuelve. Estos contextos se influyen entre sí, de modo que, todo el conjunto repercute en el niño que se está formando, provocando en él algunos efectos específicos” (Balarezo, 2010, p. 106). Los factores ambientales están compuestos tanto por los factores físicos que se podría relacionar con las condiciones naturales como el agua y el aire, indispensables para la vida, así como también los factores sociales relacionados con la comunidad y los diferentes espacios en los que una persona se desenvuelve: hogar, escuela, trabajo, estas condiciones son importantes para una adecuada calidad de vida de los seres humanos ya que favorecen su óptimo desarrollo y desenvolvimiento social con las demás personas de su entorno. Algunos factores de riesgo ambientales estarían relacionados a: “[...] la disponibilidad de drogas legales e ilegales (facilidad para adquirirlas) [...], un entorno rodeado de bares de fácil acceso para adquirir las drogas [...] y están rodeados de personas que venden drogas [...] y amigos consumidores de drogas [...]” (Díaz & Amaya, 2012)

Continuando con los factores de riesgo ambientales en el contexto del consumo de drogas, éstos se relacionan con la disponibilidad para adquirir la misma sea legal o ilegal, además de las personas que distribuyen, es decir quienes se dedican al expendio o microtráfico de drogas, siendo más fácil para los clientes contactarse con ellos o acercarse directamente al lugar que pueden adquirirla, incluso en otros países en los que es permitido legalmente consumir drogas existe una modalidad mediante catálogos por internet y servicios a domicilio. Además de estos factores también se puede destacar los bares, discotecas y centros nocturnos sea dentro o fuera de los establecimientos para poder obtener fácilmente la sustancia y continuar con la fiesta. “Al respecto, se ha demostrado que la percepción de fácil accesibilidad

a la droga es un factor de alto riesgo en el inicio y mantenimiento del consumo (Álvarez et al., 2005) y que cuanto más alta es la permisividad al consumo, las cifras de consumo tienden a ser mayores (Luengo et al., 1999)” (Peñañiel, 2009, p. 152).

Dentro de los factores de riesgo sociales, una condición presente es el factor económico ya que es fundamental en el desarrollo social de una persona, éste permite aumentar la oferta y la demanda en el comercio informal de las drogas, “[...] la estructura socio-económica de un país o región, y por otra, un determinado nivel de vida individual que afecta sus condiciones psicológicas. Cada generación nace en un contexto definido que establece las condiciones en las que el sujeto va a desenvolverse a lo largo de su vida” (Balarezo, 2010, p. 106-107). El factor económico es un componente fundamental en la sociedad ya que de éste depende la sustentabilidad y el desarrollo, así también es importante a nivel individual ya que es el sustento diario para vivir. En el ámbito del consumo de drogas este factor promueve la comercialización a través del microtráfico de drogas y a nivel macro el narcotráfico ya que internamente hay una fuerza económica que motiva el desarrollo de este comercio informal e ilegal.

Continuando con el factor económico y relacionado al trabajo sexual, tanto en estratos sociales altos como bajos puede constituirse como un factor de riesgo en el consumo de drogas, ya que si se dispone de dinero será más “fácil” adquirir la droga, esto se relaciona también con el tipo de sustancia psicoactiva que consume esta clase social ya que es diferente a la que adquiere una persona de escasos recursos. “Algunas investigaciones indican que hay alguna relación entre el estatus socioeconómico y el consumo de sustancias, en el sentido de que el mayor consumo de alcohol y marihuana se asocia al mayor nivel de estudios de los padres y probable mayor nivel socioeconómico, en muestras españolas” (Recio et al., 1992). El nivel económico y sociocultural influye en el consumo de drogas tanto legales como ilegales, así como también en el tipo de sustancia que se ingiere, “[...] en el lado contrario también se encuentran relaciones, de manera que, aquellos hijos con padres en paro o con trabajos eventuales presentan un mayor consumo de drogas (Ruiz, Lozano & Polaino, 1994)”. Existen una diferencia en el consumo de drogas en los distintos estratos sociales, ya que dependiendo las condiciones económicas, accesibilidad para adquirir la droga, factores personales en los que se incluye el gusto y la sensación de placer que genera una determinada sustancia psicoactiva se puede obtener desde drogas conocidas coloquialmente como: “perica, basuco, maduro con

queso, huachaca”, entre otras, hasta licores de marcas reconocidas y drogas: estimulantes, éxtasis, LSD, siendo las de mayor comercialización.

Ante esto es importante considerar que los factores socioeconómicos son una condición importante que favorece o limita el consumo de drogas, asociado a los factores antes descritos, que pueden tornarse como factores de riesgo.

2.6 FACTORES PROTECTORES

En el acápite anterior se dio a conocer los factores de riesgo que predisponen la adquisición de ciertas conductas negativas, relacionado también al consumo de drogas. A continuación, se hará referencia a los factores protectores que reducen la posibilidad de que un comportamiento negativo inicie o se perpetúe, “Pérez & Mejía (1998) aseguran que los factores de protección son aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado” (Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p. 27). Los factores protectores previenen que la persona cometa actos considerados como negativos, así como también que presente conductas disruptivas que atenten contra sí mismo o hacia los demás, son componentes personales, además de condiciones relacionadas al contexto social, cultural, familiar en el cual se desarrolla, que disminuye la posibilidad de que adquiera conductas asociada a los factores de riesgo anteriormente descritos.

“Hawkins & Weis (1985) aseguran que, partiendo desde una clara definición, los factores protectores, son aquellos factores psicológicos o sociales que modifican la acción de un factor de riesgo para desestimular o evitar la aparición de la problemática o son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo” (Mendoza, 2017, p. 37). Como se hizo referencia los factores protectores son tanto factores individuales, psicológicos y sociales que modifican la acción de un factor potencial de riesgo, así también evita que surja una problemática posterior. “Los factores de protección serían aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado (Clayton, 1992). Con respecto al consumo de drogas, los factores de protección reducen, inhiben o atenúan la probabilidad del uso de sustancias” (Peñañiel, 2009, p. 148). Los factores protectores actúan como una forma de defensa personal, está compuesta por la estructura familiar, por ejemplo: apego, dinámica de la familia, establecimiento de límites,

los roles que cumple cada miembro, además de los valores, creencias, cultura, así también interviene componentes individuales como el autoconcepto, autoestima, el autocontrol, además de estrategias adquiridas a lo largo de su vida para relacionarse con las demás personas. Dentro de los factores protectores también podemos encontrar la educación, el contexto de aprendizaje en el que se desempeña una persona, la motivación para los estudios y para cumplir con objetivos y metas que se proponga dentro de su proyecto de vida, además del apoyo en el hogar y la generación de expectativas que aporten el desarrollo individual e integral de una persona. Todo esto favorece que una persona disminuya las probabilidades de adquirir una conducta negativa la cual podría devenir en un problema individual, familiar y social.

2.7 FACTORES PROTECTORES INDIVIDUALES

Los factores protectores son importantes dentro del propio proceso personal, está compuesto por principios adquiridos desde el ambiente familiar, así como también desde los preceptos que promueve la sociedad, además de las raíces culturales, entre éstos prevalecen valores como: el respeto, solidaridad, honestidad, entre otros, que son componentes que favorecen el desarrollo de la persona, así como también su salud mental y en conjunción con ésta el desarrollo biosocial.

Los factores protectores individuales son:

Espiritualidad, religiosidad o expresión dogmática (creencias). Habilidades sociales, recursos de afrontamiento y resolución de conflictos. Creencias de autoeficacia, autodesarrollo y autorrealización (aspiraciones futuras). Capacidad de adaptación al cambio y a los retos que impone la vida. Orientación social positiva, proactiva y constructiva. Buen rendimiento/apresto académico e inteligencia. Baja vulnerabilidad y alta resiliencia. Psicología Terapéutica (2018)

A lo largo de la vida la persona va adquiriendo diversos aprendizajes, esto se ve influenciado tanto por la familia, así como también por el contexto social, cultural, las creencias, entre otros componentes, que en su conjunto integran al individuo.

Los factores protectores reducen la posibilidad de iniciar y perpetuar un consumo de drogas, por eso es importante el sostenimiento que desde la familia se va dando en los primeros años de vida a través del apego, confianza, comunicación asertiva y un adecuado manejo de conflictos como algunos de los componentes primordiales para generar seguridad y confianza en el propio individuo, lo cual le permitirá posteriormente tener estrategias y recursos para relacionarse y desenvolverse socialmente.

2.8 FACTORES PROTECTORES RELACIONALES

2.8.1 FACTORES PROTECTORES FAMILIA

El modelo de familia nuclear o tradicional ha sido modificado, actualmente existen nuevas estructuras familiares: monoparental, homoparental, extendida, adoptiva, entre otras, sin embargo, el tipo de familia no deslinda a las mismas a cumplir con el rol que ésta tiene en la vida de la persona desde que nace o adopta y a lo largo de su vida.

Algunos factores protectores en el ámbito familiar: “1) Apego y dinámica familiar positivo, 2) Sentido de seguridad, protección y pertenencia., 3) Implicación de los padres u otros familiares en la vida de los niños o adolescentes, 4) Creencias saludables y claros modelos de normalización de la conducta y 5) Altas expectativas parentales y sentido de confianza en los hijos”. Psicología Terapéutica (2018) menciona que estos factores aportan en el desarrollo individual de la persona, lo cual le permite tener recursos para afrontar de mejor manera las adversidades que puedan suscitarse en su vida.

Para Bry (como se citó en Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004), una buena relación entre los miembros de la familia, cercana, duradera y sin conflictos, junto con unos métodos de disciplina adecuados a la edad actúan como factor de prevención del consumo. En general, parece que un buen funcionamiento familiar en términos de buena comunicación, implicación y dedicación, afecto, cercanía de los padres, etc., correlacionan positivamente con una menor implicación en conductas problema [...], confirmándose la capacidad de la familia como agente preventivo frente a las conductas desviadas. (pg. 28)

Aquellas familias en las que ha existido una estructura y dinámica familiar enmarcada en el apego, cariño, respeto, confianza, comunicación, además de la generación de expectativas en los hijos relacionado con el cumplimiento de logros y metas personales, así como también las creencias y modelos de conductas que norman el comportamiento en la interacción social permitirá generar seguridad y confianza en la propia persona, asociado también a los factores individuales a los que se ha hecho alusión que en su conjunto forman parte de los factores protectores.

Continuando con otro componente fundamental dentro del sistema familiar que se torna como un factor protector, es el “Afecto. Las demostraciones de afecto como jugar y hablar se identifican como factores protectores que, sin embargo, requieren ser reforzados y comprendidos por los padres para que se realicen diariamente en todas las familias” (Medina, Carvalho, 2010, p. 510). El individuo aprende a través de lo que mira, experimenta y motivan desde el exterior es decir desde su contexto familiar y social, es durante este período que la

persona va obteniendo recursos personales que posteriormente podrá aplicarlos en la interacción con los demás y los espacios donde él o ella se desenvuelvan.

A través de los factores mencionados anteriormente, la familia cumple un rol importante dentro de la vida de cada persona, tornándose como factores de riesgo o factores protectores ante la probabilidad de iniciar o perpetuar en el consumo de drogas.

2.8.2 FACTORES PROTECTORES ESCUELA

La escuela es el lugar en el cual no solamente se adquieren aprendizajes y conocimientos, sino también valores relacionados con la moralidad, además de habilidades sociales. “La escuela como ente educativo se entiende como facilitadora de procesos de aprendizaje por medio de metodologías de enseñanza-aprehensión-aprendizaje; se presenta como mediadora, al adquirir costumbres sociales y como reforzadora de hábitos, y todo lo anterior iniciado en la familia” (Prieto, 2009, p. 73). La escuela como hacen referencia coloquialmente es el segundo hogar ya que es aquí donde pasan más tiempo los niños y adolescentes, es el espacio en donde interactúan y ponen en práctica sus habilidades sociales con todas las estrategias que pudieron adquirir desde su familia, “También la escuela es un factor protector ya que llega a favorecer el desarrollo de los individuos para que puedan lidiar con las vicisitudes a que los enfrenta la sociedad actual (Castro, 1997)”. Ante eso es importante que la escuela promueva una sana permanencia y convivencia entre todos los miembros que lo componen, es decir que garantice estándares de calidad en la educación y aprendizajes, así como también generar un clima institucional positivo, libre de discriminación y violencia a través de valores como el respeto, la igualdad, la generosidad y el apoyo mutuo, que permitirán a los niños, niñas y adolescentes sentirse seguros y protegidos en este lugar.

Algunos de los factores protectores en la escuela son: “1) Estándares de calidad de la institución educativa con clima institucional positivo; 2) Implicación prosocial de la comunidad educativa; 3) Esfuerzos, refuerzos o reconocimientos por conducta positiva, proactiva y constructiva; 4) Búsqueda de una convivencia estudiantil saludable y claros estándares de conducta y 5) Actitud colectiva de mutuo interés, cuidado y protección. Psicología Terapéutica (2018).

Los centros educativos pueden ser facilitadores de espacios de integración que en su capacidad de compartir nos “implica que tanto la visión de sí mismo como la del mundo no

puedan hacerse absolutas y al mismo tiempo hacerlo sentir desamparado o inadaptado. Su integración lo arraiga.” (Freire, 1997, p.28) Las instituciones educativas facilitan la integración entre los niños, niñas y adolescentes, lo cual va más allá del egocentrismo que se da individualmente ya que al crear lazos de amistad y compañerismo se genera ese involucramiento con lo social y por ende el sentirse parte de esta dinámica, lo cual sostiene al individuo dentro del grupo. Es importante también que las instituciones educativas fomenten el buen uso del tiempo libre mediante diversas actividades extracurriculares relacionadas al deporte, música, danza, entre otras, que motiven a los estudiantes a fortalecer habilidades, así como también a participar en eventos interinstitucionales lo cual genera el sentido de pertenencia a la institución educativa y promueve logros personales.

La educación “ha tenido una doble función, por un lado, la función social, del enriquecimiento personal, cultural y espiritual y, por otro lado, como fuente de aprendizaje para la vida laboral” (Rodríguez, 1999, p.16). La escuela y la educación en su accionar no solamente aporta en conocimientos a través de la enseñanza y el aprendizaje, sino que también debe comprometerse a motivar al alumno a desarrollarse personalmente, además de crear un espacio que garantice seguridad, protección, implicación prosocial, lo que favorecerá su desarrollo y disminuirá la posibilidad de adquirir y replicar conductas sociales negativas.

En este contexto de la educación, es importante destacar algunos principios rectores como son:

- La no discriminación: Todos los seres humanos deben tener acceso a la educación, tanto de derecho como de hecho.
- Igualdad de oportunidades y de trato.
- Acceso universal de la educación: El acceso universal a la educación es la piedra angular del derecho a la educación. Este principio se encuentra en la mayoría de los instrumentos que la UNESCO ha elaborado en la esfera de la educación, traducido en contenidos normativos.
- Principio de solidaridad: El principio de la “solidaridad intelectual y moral” de la humanidad, consagrado en la Constitución de la UNESCO, es una fuente de inspiración en la tarea de hacer realidad el derecho de todos a la educación. UNESCO (2019)

La educación es un derecho establecido dentro de la Constitución, algunos de los principios rectores de la misma son: la igualdad, la no discriminación, la solidaridad y el acceso universal; garantizar el cumplimiento de estos principios permite que los y las estudiantes se desenvuelvan en un ambiente armónico que favorezca el aprendizaje, así como también la convivencia respetuosa entre los pares, evitando la discriminación y al contrario de eso, generar la inclusión de personas por ejemplo con alguna discapacidad, lo cual desde hace

algunos años atrás se ha promovido desde el Ministerio de Educación y el Ministerio de Inclusión económica y social, como entes rectores de garantizar el cumplimiento de estos principios.

2.8.3 FACTORES PROTECTORES GRUPO DE PARES, AMIGOS

El grupo de amigos “Es un elemento imprescindible para comprender la actitud y los comportamientos de los jóvenes ya que el grupo de compañeros va sustituyendo progresivamente a la familia como referencia y las relaciones más importantes del adolescente se desplazan hacia los compañeros de similar edad e intereses” (Peñañiel, 2009, p.155). En la etapa de la adolescencia es donde se visualiza más las relaciones sociales y la interacción con los demás, ya que los jóvenes se identifican con sus pares a través de gustos, hobbies, música, entre otros lo que permite que ellos se muestren tal y como son sin la represión que puede existir en el hogar por parte de los padres.

Sin embargo, es importante recalcar que no es la única etapa en la cual se refleja esta condición. Relacionado al tema del consumo de drogas la influencia que puedan tener los amigos sea este positivo asociado a los factores de protección en la prevención del consumo o de forma negativa como factor de riesgo en la influencia de experimentar o consumir, por ejemplo, asociado al trabajo sexual, esas amistades pueden motivar el consumo experimental de drogas o su permanencia o, al contrario, si es que alguna persona tuvo experiencias negativas prevenir el consumo del mismo.

Continuando con los factores protectores en el grupo de amigos se hace mención a los siguientes: : “1) Apego a los compañeros, pares o iguales no consumidores; 2) Relación con compañeros, pares o iguales implicados en actividades constructivas; 3) Buenos compañeros, pares o iguales en la escuela, barrio, comunidad, 4) Resistencia a la presión de compañeros, pares o iguales consumidores y 5) Personalidad poco influenciada por medios coercitivos, utilizados por compañeros, pares o iguales consumidores”. Psicología Terapéutica (2018) Los factores protectores relacionales con los compañeros, pares o iguales favorecen el apego hacia personas que compartan los mismos gustos o tengan una motivación por actividades constructivas como el deporte, música, danza, entre otras.

Además de los factores protectores en el grupo de amigos, una condición asociada a ésta son los factores como la comunidad y el ambiente ya que esta interrelación reduce las posibilidades de experimentar o perpetuar el consumo de drogas.

2.8.4 FACTORES PROTECTORES SOCIALES-COMUNIDAD

La comunidad a través de sus creencias, valores y cultura se constituyen como las raíces y el origen de una sociedad ya que permite la identificación, así como también el sentido de pertenencia, además es la que aprueba o desaprueba ciertas conductas que pueden ser favorables para la sociedad o por el contrario generar problemas sociales. “Nivel comunal y social: se toman en cuenta los microambientes donde la persona se desarrolla como: la escuela, el colegio, la universidad, lugares de trabajo, lugares de recreación, la calle, entre otros; siempre y cuando éstos favorezcan la formación integral de la persona.” (San Lee, 1998). Los ambientes en los que se desarrolla el individuo son importantes ya que favorecen la formación integral del individuo, así también permite que la persona no decline en conductas antisociales. Algunos de los factores protectores en la comunidad son: “Sistema de apoyo, ayuda y acompañamiento externo positivo. Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad. Descenso de la disponibilidad (o accesibilidad) y alta percepción social del riesgo al consumo de una sustancia (droga). Altas expectativas sobre los niños y adolescentes. Espacios de desarrollo, redes sociales y sistema de intervención”. Psicología Terapéutica (2018)

La sociedad es el sistema en el cual se desenvuelven e interactúan las personas y ésta a su vez promueve reglas y normas generales para una convivencia armónica entre todos sus habitantes, sin embargo, es importante recalcar que no existen solamente ese aspecto positivo en la sociedad ya que al estar conformada por seres individuales cada uno actúa de forma diferente, por lo cual existirán personas que cumplan las reglas y otras que no, debido a los factores protectores y de riesgo que se han hecho mención a lo largo de éste capítulo. Además, es importante recalcar que a pesar de las diferencias individuales que pueda tener cada persona, también están inmersas dentro del marco colectivo y que algunas conductas imitadas o aprendidas podrían desencadenar conductas sociales disruptivas que desestabilicen a las normas sociales impuestas.

Ante esto, el rol que tiene la sociedad es importante en el desarrollo de la persona, por ejemplo, si promueve espacios de interacción y relaciones sociales positivas asociadas a la práctica del deporte, así como también diversas actividades enfocadas en los diferentes ciclos de vida del ser humano, se constituirá como un factor protector para disminuir la adquisición de conductas

negativas. Sin embargo, es importante también identificar los factores de riesgo que pueda existir en una comunidad ya que si la misma permite que estos factores continúen fomentándose se tornará en un problema social, para lo cual es fundamental que se apliquen correctivos a tiempo, así como también que exista una participación activa y organización por parte de los miembros de la comunidad para fortalecer su barrio, además de la unión y cooperación no solo entre los habitantes sino también con entidades externas que aporten para una convivencia sana como la policía nacional, instituciones educativas aledañas, casas barriales, entre otras.

2.9 MARCO LEGAL

2.9.1 NORMATIVA LEGAL DROGAS

La guerra contra las drogas a nivel mundial ha sido penalizada de diversas formas, las mismas han sido plasmadas en legislaciones o políticas públicas planteadas en cada uno de los países que pretenden terminar con este mal como usualmente lo refieren.

En el Ecuador el consumo de drogas se considera como un problema de salud pública:

Art. 364.- Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales. El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco. (Constitución República del Ecuador, 2008)

Ecuador ha optado a lo largo de su historia por un discurso punitivo, sancionador ante las personas que consumen drogas ilícitas, así como también aquellas que se dedican al expendio de las mismas. Es importante mencionar que, en el ejercicio de la prostitución y el trabajo sexual, el uso de drogas es muy frecuente ya sea por el deseo propio de consumir o a su vez porque el consumo puede representar un ingreso económico extra en el cual el cliente paga a la trabajadora sexual o a la prostituta para ingerir drogas con él y posteriormente terminar en el acto sexual, como se hizo referencia anteriormente.

La historia acerca de la política de drogas en el Ecuador, mediante sus hitos en cuanto a instrumentos legales se resume en lo siguiente:

1. Ley de control del Opio de 1916.
2. Ley sobre importación, venta y uso del opio y sus derivados y de los preparados de la morfina y de la cocaína de 1924.

3. Ley sobre el tráfico de materias primas, drogas y preparados estupefacientes de 1958.
4. Ley de Control y Fiscalización del Tráfico de Estupefacientes de 1970.
5. Ley de Control y Fiscalización del Tráfico de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1974.
6. Ley de Control y Fiscalización del Tráfico de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1987.
7. Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas de 1990.
8. La Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización de 2015, es decir de reciente promulgación. (Paladines, 2016, pp. 8-9)

Esta última, la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas de 1990, también denominada Ley 108, se caracterizó por condensar las características punitivas de las leyes anteriores y por integrar directrices internacionales que enfatizaron la represión y persecución penal, así como relegaron la perspectiva de prevención en salud pública en el debate sobre el consumo de drogas. La ley 108 se encuentra estructurada de la siguiente manera:

- i) siete artículos para definir su ámbito y objetivos
- ii) nueve artículos que crearon su institucionalidad orgánica
- iii) diez artículos que dibujan abstractamente la prevención
- iv) nueve artículos que propugnan una rehabilitación coercitiva
- v) veinte artículos para el control administrativo
- vi) cuarenta y cinco artículos para la tipificación de delitos, sanciones y procedimientos penales
- vii) veintitrés artículos que regulan procedimientos penales de excepción. (Paladines, 2016, p.14)⁵

La ley 108 da origen al Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas CONSEP y le otorga 3 grandes competencias: la generación y aplicación de políticas para la prevención (compartiendo actividades en esta materia con el Ministerio de Educación), el control y autorización de licencias para la comercialización de insumos y fármacos sujetos a fiscalización (compartiendo competencias con el Ministerio de Salud) y la administración de bienes incautados al narcotráfico.⁶

⁵ Este texto fue copiado del trabajo que se presentó para la materia de Intervenciones en poblaciones específicas y problemas asociados al consumo de drogas, dirigido por la Mg. Silvia Corella.

⁶ Ídem.

En noviembre de 2013 se emite el Estatuto orgánico sustitutivo de gestión organizacional por procesos del Ministerio de Salud Pública, el cual, en su Art.14.- Promoción de la Salud e Igualdad, enumera los productos de Promoción de Salud Mental que deben ser propuestos, impulsados y evaluados desde la Dirección Nacional de Promoción de la Salud. A diferencia del estatuto anterior (MSP, marzo de 2012), se incluye de manera específica el tema de promoción de la salud en relación al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas⁷. Este estatuto estuvo alineado al Modelo de Atención Integral de Salud MAIS (2013), en donde se establecieron las directrices para intervenir en las condiciones de salud mental de la población, mediante la inclusión de conceptos de Salud Mental Comunitaria en los planes de salud y la organización de sus servicios, “superando los modelos: Curativo y Clínico Biológico, que marcan aún el quehacer de los servicios psiquiátricos y de salud mental en el país” (MSP, 2013). El Ministerio de Salud (MSP) como ente garante de cumplir con lo establecido en la Constitución de la República del Ecuador promueve políticas públicas de promoción y prevención relacionadas al consumo de alcohol, tabaco y drogas, así como también al tratamiento cuando existe un consumo problemático de cualquier de las sustancias anteriormente mencionadas, ante lo cual propone un servicio de salud integral en el cual la persona pueda obtener la atención médica, psicológica y psiquiátrica en los distintos niveles de atención con los que cuenta el MSP, a través de lo que establece la norma acerca de la *Ruta de Atención*, la misma que va desde el tratamiento ambulatorio, seguida del ambulatorio intensivo y finalmente el internamiento en casos específicos, dando cumplimiento en teoría a lo establecido en el artículo citado anteriormente.

Así también existe pocas políticas públicas que promuevan en verdad la rehabilitación y el tratamiento de una persona dependiente, lastimosamente el Ministerio de Salud solo se basa en la promoción y prevención de la salud desde lo que implica cada uno de éstos términos, sin embargo no hay propuestas reales que evidencien un cambio per se, que en realidad sea de

⁷ Promoción de la Salud Mental a cargo de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud:

“a. Propuestas de políticas públicas, planes y proyectos para la promoción de la salud mental, incluyendo control de tabaco, alcohol y otras drogas, desde un enfoque de determinantes sociales; [...] g. Reportes de ejecución y seguimiento de los proyectos específicos y aplicación de normas relacionados con la promoción de la salud mental, incluyendo control de tabaco, alcohol y otras drogas, desde un enfoque de determinantes sociales, y coordinación intersectorial para su implementación” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013, p. 45).

beneficio para la población, lo cual acarrea que el consumo de drogas se acreciente; así también dentro de este punto es importante recalcar que las drogas se consideran como un problema de salud pública.

Posteriormente, la promulgación del *Código Orgánico Integral Penal (COIP)*⁸ en febrero de 2014, la publicación del *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015 – 2017* en agosto de 2014⁹ y su correspondiente *Modelo de Atención de Salud Mental*, significaron una contundente transición legal y discursiva desde el paradigma represivo al preventivo, lo que permite, en octubre del 2015, la promulgación de la *Ley orgánica de prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas*, en la cual se adjudican los bienes de CONSEP (activos y pasivos) a la nueva Secretaría Técnica de Drogas, cuyo seguimiento y evaluación de objetivos y metas estaría a cargo de un Comité Interinstitucional presidido por el Presidente e integrado por representantes de las entidades estatales de salud, educación, inclusión social, seguridad interna y justicia (Ley orgánica de prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas y de regulación y control del uso de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, 2015, p.14). La Ley Orgánica de prevención integral fenómeno socio económico de las drogas, en donde se establece que:

Art. 3.- Declaración de interés nacional. - Declárense de interés nacional las políticas públicas que se dicten para enfrentar el fenómeno socio económico de las drogas, así como los planes, programas, proyectos y actividades que adopten o ejecuten los organismos competentes, precautelando los derechos humanos y las libertades fundamentales, mediante la participación social y la responsabilidad pública y privada,

⁸ La vigencia del COIP implicó la derogación de todos los delitos y procedimientos penales de la Ley 108 y estableció 6 criterios técnico-legislativos: constitucionalización de todos los tipos penales, diferenciación entre autores y partícipes, la proporcionalidad de las penas, categorización de las escalas de tráfico (mínima, mediana, alta y gran escala), clasificación del género y peso de las sustancias sujetas a fiscalización y la tipicidad conglóbate con núcleo en el tráfico y no en la tenencia.

⁹ Este Plan Estratégico Nacional se enfoca en cuatro lineamientos relacionados con la equidad, la promoción, la participación y la inclusión. Los redactores técnicos realizaron durante más de un año recorridos por las casas de salud mental y de rehabilitación de adicciones. Notaron que 1 de cada 10 personas requería un internamiento y las demás necesitaban tratamientos específicos para patologías o adicciones (El Comercio, 2014). Asimismo, este Plan incluye un diagnóstico de la situación de salud mental en el Ecuador, en donde se menciona que "en el sector privado funcionan un número indeterminado de hospitales y clínicas; hogares o asilos para pacientes psiquiátricos crónicos, así como centros de rehabilitación para personas que usan / consumen drogas, y consultorios privados. Las actividades de estos establecimientos no se reportan al Ministerio de Salud Pública, ni al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)" (MSP, 2014, p.22).

en procura del desarrollo humano, dentro del marco del buen vivir o Sumak Kawsay. Dichas políticas se basarán de manera prioritaria en evidencia científica que permita la toma de decisiones y la atención a grupos vulnerables.

Art. 5.- Derechos. - Para el cumplimiento de esta Ley, el Estado garantizará el ejercicio de los siguientes derechos:

c.- Salud. - Toda persona en riesgo de uso, que use, consuma o haya consumido drogas, tiene derecho a la salud, mediante acciones de prevención en sus diferentes ámbitos, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, respetando los derechos humanos, y a recibir atención integral e integrada que procure su bienestar y mejore su calidad de vida, con un enfoque bio-psico social, que incluya la promoción de la salud.

g.- No discriminación y estigmatización. - Las personas no podrán ser discriminadas ni estigmatizadas, por su condición de usuarias o consumidoras de cualquier tipo de drogas. (Ley orgánica de prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas y de regulación y control del uso de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, 2015)

Las trabajadoras sexuales podrían considerarse como un grupo vulnerable, debido a lo anteriormente expuesto, relacionado a la exclusión, discriminación y desigualdad social, ante esto es importante promover la atención integral a esta población, la cual no solo incluye la salud sino también la prevención y promoción de la salud mental relacionada al consumo problemático de alcohol, tabaco y drogas, respetando y garantizando los derechos humanos con un enfoque que incluya todas las dimensiones del ser humano, es decir con un enfoque biopsicosocial-cultural.

CAPÍTULO III

En este capítulo se describirá la reseña historia y trascendencia del centro de salud Centro Histórico, además se analiza las encuestas aplicadas a trabajadoras sexuales en esta casa de salud a través de variables predominantes que aportaron dentro de la investigación.

El Centro de Salud Centro Histórico es una entidad pública que tiene una trayectoria de 72 años, la cual viene prestando sus servicios en diferentes áreas de la salud: medicina, medicina familiar y comunitaria, psicología, acupuntura, trabajo social, nutrición, ginecología, pediatría, laboratorio, farmacia, emergencia, maternidad de corta estancia, además del Servicio de Infecciones de Transmisión Sexual- ITS, odontología, vacunas, etc.

El Centro de Salud a lo largo de su historia siempre se ha caracterizado por ser un centro de ayuda y atención a personas en situación de vulnerabilidad; actualmente en este lugar laboran muchos profesionales en distintas áreas de especialidad que brindan una atención de calidad a los usuarios beneficiarios de estos servicios. La atención a las trabajadoras sexuales a través del departamento de ITS del Centro de Salud N° 1 permite que las trabajadoras sexuales reciban la atención médica correspondiente, así como también el acceso a exámenes de laboratorio e interconsultas a otras áreas como psicología y trabajo social para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, a fin de que cumplan con las políticas de salud para que puedan ejercer en su campo laboral.

3.1. RESEÑA HISTÓRICA CENTRO DE SALUD CENTRO HISTÓRICO

El trabajo sexual a lo largo de la historia, nunca ha sido socialmente aceptado debido al estigma social que de cierta forma lo ha caracterizado; remontándonos en el tiempo hace algunos años en la Ciudad de Quito se solicitó la reubicación de las trabajadoras sexuales que laboraban en el Centro Histórico de la ciudad, ante esto existía la manifestación social en forma de comentarios negativos que denigraban la labor de estas mujeres y parcialmente se logró cumplir con este objetivo ubicándolas en el Sector de la canteras (Placer), pese a esto decidieron organizarse y volvieron a apoderarse de las plazas y lugares turísticos del Centro Histórico como lo son la Plaza de Santo Domingo, Plaza 24 de Mayo, Plaza del Teatro, entre otros.

Actualmente por parte del Estado y, por ende, de los organismos gubernamentales que lo componen existe una mayor aceptación de esta profesión, garantizando también el cumplimiento de sus derechos humanos, uno de ellos el acceso a la salud.

El Estado ecuatoriano desde la Constitución pretende garantizar los derechos humanos para todos los habitantes que forman parte de esta República, algunos de estos son: el derecho a la vida, a la salud, educación, entre otros; el derecho a la salud se encuentra representado por el Ministerio de Salud Pública compuesto por varias unidades de salud distribuidas a lo largo de toda la ciudad y el país. El Centro de Salud Centro Histórico perteneciente a la Coordinación Zonal 9, cuenta con el servicio de ITS, mismo que brinda una atención prioritaria a las mujeres que laboran como trabajadoras sexuales, para la respectiva emisión de carnets de salud.

El Centro de Salud Centro Histórico es una entidad pública que viene prestando sus servicios desde hace 72 años, algunos de estos son: Medicina, Medicina Familiar y Comunitaria, Psicología, Acupuntura, Trabajo Social, Nutrición, Ginecología, Pediatría, Laboratorio, Farmacia, Emergencia, Maternidad de corta estancia, además del Servicio de ITS, Odontología, Vacunas, Trabajo social, entre otros. A continuación, se describe una parte de la historia del Centro de Salud, con el fin de contextualizar el lugar donde se desarrollará el tema:

Lo que hoy se constituye el Centro de Salud # 1, en antiquísimos años, fue conocido como el “Camarote de Santa Martha”, la “Casa Chica” (1563-1568), siendo presidente de la Real Audiencia de Quito el Lic. Hernando Santillán. Las funciones institucionales diferían de las actuales, pues era refugio de las doncellas, luego cárcel de mujeres y muy posteriormente fue utilizado para atención de servicio de consulta externa del Hospital de la Caridad (San Juan de Dios), para por último convertirse en el Centro de Salud que conocemos hasta hoy. (Centro de Salud Centro Histórico, 2012)

La salud es un derecho fundamental que garantiza el Estado ecuatoriano a través de uno de sus entes rectores como el Ministerio de Salud Pública y específicamente mediante cada una de sus Unidades Operativas en todo el país.

La Unidad del Centro Histórico es una de las más antiguas y de mayor demanda de atenciones debido a su ubicación geográfica. También es importante recalcar que algunas de las personas que acuden a los distintos servicios de salud son grupos vulnerables: mujeres embarazadas, niños, adolescentes con consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, mujeres víctimas de violencia, adultos mayores y mujeres trabajadoras sexuales que laboran cerca de la unidad de Salud, en sectores aledaños.

El Centro de Salud Centro Histórico al encontrarse ubicado en un sector de gran afluencia poblacional cuenta con varios servicios médicos para atender las distintas demandas de la población; algunos servicios a los que acuden las mujeres que se dedican al trabajo sexual: es el área de ITS y el servicio de Psicología; la primera área mencionada es un lugar específico dentro del Centro de Salud al cual acuden las trabajadoras sexuales para obtener su carnet de salud con el cual pueden laborar en los distintos lugares en donde se desenvuelven. El servicio de salud en sí consiste en brindar una atención integral a este grupo poblacional, garantizando su derecho a la salud a través de pruebas rápidas de VIH de cuarta generación, Papanicolau, planificación familiar, consejería, promoción y prevención de la salud relacionada a las ITS y al consumo de alcohol, tabaco y drogas, acceso a métodos anticonceptivos, entre otros. Es importante mencionar que, si el doctor u obstetra determina mediante algunos signos visibles en la paciente algún problema relacionado al área emocional o de violencia, son remitidas mediante interconsulta al área de Psicología para brindarle la atención correspondiente.

En el caso de que la mujer haya sido identificada con alguna enfermedad de transmisión sexual se deriva a un Hospital de Segundo Nivel (Hospital Pablo Arturo Suárez) o Tercer Nivel de Atención (Hospital Eugenio Espejo) – Salas de Primera Acogida, mismas que funcionan específicamente para brindar una atención integral en el servicio de salud: atención médica y tratamiento mediante medicación antirretrovirales, además de atención psicológica, entre otros. En el Ecuador existe un gran número de mujeres que se dedican a este trabajo, como lo menciona Cayambe quien expone algunos datos: “Explica que alrededor de 55 mil mujeres desarrollan esta labor en Ecuador: el 79% tiene entre 21 y 40 años y el 81% es madre y jefa de hogar a la vez” (Diario El Telégrafo, 2015). Este trabajo es el sustento económico de cada una de las personas que laboran en este ámbito. Con esta breve introducción se dará paso a conocer los datos obtenidos de las encuestas aplicadas a las trabajadoras sexuales que acuden al Centro de Salud Centro Histórico, así como también de organizaciones de mujeres que se dedican a esta labor quienes también acuden a controles periódicos en la mencionada casa de Salud.

3.2. METODOLOGÍA

El universo de esta investigación se define en los límites del Distrito Metropolitano de Quito, específicamente en el sector del Centro Histórico, por otra parte la población está compuesta por 840 mujeres que fueron atendidas en el área de ITS en el Centro de Salud Centro Histórico, durante el año 2019 en los meses comprendidos de enero a diciembre, cabe mencionar que estas coberturas son diferentes mes a mes ya que cada 6 meses las trabajadoras sexuales deben reanudar su carnet de salud para laborar en los diferentes lugares en donde desempeñan su profesión.

Para la obtención del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula general para poblaciones conocidas siendo $N=840$, $p=0.5$, $q=1-p$, $z=1.65$ y $d=0.05$, dando un tamaño de la muestra de 110 personas.

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Las organizaciones que fueron parte de la muestra son: Trabajadoras Sexuales Plaza de Santo Domingo, Plaza 24 de Mayo y Plaza del Teatro, en esta última existe una particularidad las personas que lo integran no son solamente mujeres sino también personas Transexuales quienes se auto identifican y reconocen como hombres por sus órganos sexuales. Es importante recalcar que a lo largo del análisis de datos se enfatiza los sectores en los que laboran las personas encuestadas con el fin de obtener una visión más amplia e individualizada de cada sector, ya que cada grupo tiene su propia dirigente, estructura y características: edad de los miembros, autoidentificación sexual, lugar determinado para ejercer su labor. Sin embargo, para el análisis final se tomará en cuenta a toda la población encuestada para realizar un estudio global de los datos obtenidos, relevantes en el proceso de investigación.

El análisis de datos se estructura a partir del enfoque cuantitativo de la investigación. Las variables y datos obtenidos por el investigador están estructurados a partir de la aplicación de preguntas con base estructurada compuesta por 24 interrogantes, las cuales, tienen las siguientes consideraciones:

A. Factores sociodemográficos (lugar de nacimiento, grado de escolaridad, ingresos, composición familiar, estrato socioeconómico, estado civil, grupos étnicos o raciales, ocupación, área de trabajo, edad, sexo)

B. Factores psicosociales (historia familiar, entorno social y de trabajo, influencia psicológica, estado emocional)

C. Factores de consumo y drogodependencia (factores de consumo, tipo de droga, frecuencia y hábitos de consumo)

La investigación permitió determinar de qué manera los factores psicosociales inciden directa o indirectamente en el consumo de drogas en las trabajadoras sexuales. El consumo de sustancias psicotrópicas y estupefacientes en las trabajadoras sexuales está sujeto a varios aspectos de índole psicológico, social, económico, edad, educación, tipos de drogas, etc.

El fenómeno del trabajo sexual en el Ecuador se ha constituido en una problemática que tiene varias causas y raíces de las que tienen en su interior aspectos como: migración, discriminación, explotación, abuso, redes delictivas de drogas y trata de personas, etc. Por ello es que la prostitución se convierte en una actividad clandestina por su naturaleza, debido a los estigmas sociales, culturales y por corrientes prohibicionistas que complejizan a esta actividad.

Sin embargo, el centro histórico de Quito se ha convertido en un punto central que congrega a un gran número de mujeres de diferentes sectores del país y de otras regiones de pueblos latinoamericanos como: Colombia, Venezuela, Cuba. Las condiciones que distinguen a estas mujeres son múltiples y tienen que ver con factores internos como externos.

Finalmente se realizará un análisis estadístico descriptivo e inferencial de los resultados obtenidos en las encuestas, para correlacionar los mismos a través de un método estadístico de tablas cruzadas, el cual permitirá obtener resultados relevantes dentro de la investigación.

3.3. VARIABLES ANALIZADAS

La encuesta se estructura de 27 variables seleccionadas a partir el enfoque cuantitativo se divide en 3 grupos: **A) Factores socio demográficos:** 1. Edad, 2. País de origen, 3. Provincia de nacimiento, 4. Tipo de procedencia (según área geográfica), 5. Estado civil, 6. Si tiene o no hijos, 7. Cantidad de hijos, 8. Definición sexual, 9. Autodenominación étnica, 10. Escolaridad, **B) Factores psicosociales:** 11. Estructura familiar de origen, 12. y 13. Relación familiar y victimarios de violencia durante la infancia y adolescencia, 14. Tipo de violencia recibida, 15. Relación con los agresores, **C) Factores de consumo:** 16. Consumo de drogas por

los miembros de la familia, 17. Tipo de drogas consumida por los miembros de familia, 18. Presencia de falta de apego, cariño, desinterés por parte de los padres,19. Posesión de pareja, 20. Edad a la que inició la vida sexual, 21. Tiempo de ejercer trabajo sexual, 22. Causas de trabajo sexual, 23. Causas, 24. Medios que utiliza para promocionar sus servicios, 25. Conocimiento de la familia sobre la actividad que realiza, 26. Consumo de drogas en la vida y 27. Tipo de droga que consume.

Estos factores permitirán determinar la influencia directa o indirecta del consumo de drogas en las trabajadoras sexuales.

3.4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DATOS: ENCUESTAS APLICADAS A TRABAJADORAS SEXUALES EN EL CENTRO DE SALUD CENTRO HISTÓRICO

El siguiente análisis fue elaborado en base a la tabulación de las encuestas realizadas a 110 trabajadoras sexuales.

3.4.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS POR ORGANIZACIÓN

TABLA 1. Plaza 24 de Mayo- Datos sociodemográficos

Componentes: Sexo, Edad, Nivel de estudios, Estado civil, hijos, cantidad de hijos

SECTORES	SEXO	TOTAL	CLASIFICACION DE EDAD	TOTAL	NIVEL DE ESTUDIOS	TOTAL	ESTADO CIVIL	TOTAL	NÚMERO DE HIJOS	TOTAL
PLAZA 24 DE MAYO	Mujer	12	21-30	0	Bachillerato	2	Soltera	7	0	1
	Hombre	0	31-40	2	EGB	8	Unión Libre	0	1-2	3
			41-50	4	No Contesto	2	Viuda	2	3-4	2
			Mayor de 50	5			Casada	2	5-6	4
			Menor de 20	0			Divorciada	0	8 a más	2
			Años							
			No Contestó	1			No Contestó	1		

Elaboración propia

TABLA 2. Autónomas - Datos sociodemográficos*Componentes: Sexo, Edad, Nivel de estudios, Estado civil, hijos, cantidad de hijos*

SECTORES	SEXO	TOTAL	CLASIFICACION DE EDAD	TOTAL	NIVEL DE ESTUDIOS	TOTAL	ESTADO CIVIL	TOTAL	CANTIDAD	TOTAL
AUTONOMAS	Mujer	63	21-30	34	Bachillerato	34	Soltera	45	0	13
	Hombre	3	31-40	20	EGB	21	Unión Libre	12	1-2	65
			41-50	6	Superior	10	Viuda	0	3-4	10
			Mayor de 50	0	No Contestó	1	Casada	6	5-6	0
			Menor de 20 Años	5			Divorciada	2	8 a más	1
		No Contestó	1			No Contestó	1			

Elaboración propia

TABLA 3. Plaza del Teatro - Datos sociodemográficos*Componentes: Sexo, Edad, Nivel de estudios, Estado civil, hijos, cantidad de hijos*

SECTORES	SEXO	TOTAL	CLASIFICACION DE EDAD	TOTAL	NIVEL DE ESTUDIOS	TOTAL	ESTADO CIVIL	TOTAL	CANTIDAD	TOTAL
PLAZA DEL TEATRO	Mujer	11	21-30	1	Bachillerato	2	Soltera	8	0	2
	Hombre	1	31-40	4	EGB	8	Unión Libre	2	1-2	1
			41-50	5	Superior	1	Viuda	0	3-4	5
			Mayor de 50	1	No Contestó	1	Casada	1	5-6	1
			Menor de 20 Años	0			Divorciada	1	8 a más	0
			No Contestó	1			No Contestó	0		

Elaboración propia

TABLA 4. Plaza de Santo Domingo - Datos sociodemográficos

Componentes: Sexo, Edad, Nivel de estudios, Estado civil, hijos, cantidad de hijos

SECTORES	SEXO	TOTAL	CLASIFICACION DE EDAD	TOTAL	NIVEL DE ESTUDIOS	TOTAL	ESTADO CIVIL	TOTAL	CANTIDAD	TOTAL
PLAZA SANTO DOMINGO	Mujer	20	21-30	2	Bachillerato	5	Soltera	5	0	1
	Hombre	0	31-40	13	EGB	14	Unión Libre	10	1-2	6
			41-50	4	Superior	1	Viuda	0	3-4	12
			Mayor de 50	1	No Contestó	0	Casada	3	5-6	1
			Menor de 20 Años	0			Divorciada	2	8 a más	0
			No Contestó	0			No Contestó	0		

Elaboración propia

La mayoría de las personas encuestadas se identifica con el género femenino representa el 96% (106 mujeres), mientras que solamente 4 personas (4%) de los 110 encuestados se define como masculino. Sin embargo, este pequeño porcentaje pertenece a las personas transexuales. Cabe indicar que el trabajo sexual no es exclusivamente de mujeres, sino también de hombres que se dedican a esta labor.

Seguidamente en relación a la edad, existe un rango que va desde los 19 años hasta los 77 años, la población de trabajadoras sexuales menor a 21 años corresponde al 5% (5 mujeres), así también entre los 21 a 30 años están en el 34% (37 mujeres), entre los 31 a 40 años se encuentra en el 35% (39 mujeres), que son la mayoría. En menor porcentaje se encuentra la población de 41 a 50 años correspondiente al 17% (19 mujeres), mayores a 51 años representa el 6% (7 mujeres). Finalmente, aquellas personas que no contestan que son el 3% (3 personas), además, existió un 3% de las personas encuestadas que no respondieron la pregunta.

Tomando en cuenta lo anteriormente descrito, la población más joven, menores a 21 años y entre los 21 a los 30 se dedican al trabajo sexual autónomo.

Seguidamente se encuentra la población que está entre los 31 a 40 años quienes se ubican en la Plaza de Santo Domingo, aquí encontramos mujeres que se podría denominar como “maduras” por su edad, experiencias y años que llevan ejerciendo el trabajo sexual.

Conjuntamente con esta población también se encuentran aquellas personas que están entre los 41 a 50 años de edad que se encuentran distribuidas en las 3 plazas: Santo Domingo, 24 de Mayo y Plaza del Teatro.

Finalmente, en la Plaza 24 de Mayo se encuentran aquellas personas que tienen más de 51 años de edad, quienes anteriormente se ubicaban en otros lugares del Centro Histórico pero que después se agruparon y desplazaron hacia esta zona, misma que se caracteriza por tener a una población adulta mayor.

Referente al nivel de instrucción académica, existen trabajadoras sexuales que tienen Educación básica, bachillerato, superior y aquellos que no contestaron. Las trabajadoras sexuales que cursaron la educación básica (primaria) representa el 46% (51 mujeres), las que finalizaron el bachillerato (secundaria) corresponden al 39% (43 mujeres) y finalmente quienes culminaron sus estudios superiores (universidad) en menor porcentaje que son el 11% (12 mujeres). Las personas que prefirieron no contestar representan el 4% (4 mujeres), esto puede deberse a que no pudieron cursar ninguna instrucción académica o que no

terminaron sus estudios, lo cual se pudo observar al momento de realizar las encuestas ya que algunas mujeres mostraron malestar ante dicha pregunta, al respecto manifestaron que no sabían leer ni escribir, ante lo cual se optó por llenar la encuesta preguntándoles verbalmente.

En relación al estado civil de la población encuestada existen trabajadoras sexuales tanto solteras, casadas, en unión libre, divorciadas, viudas y quienes prefirieron no contestar.

En el primer grupo están las trabajadoras sexuales de estado civil solteras que representan la mayoría con el 59% con un total de 65 mujeres, seguidamente aquellas personas que se encuentra en unión libre 24 mujeres (22%). Posteriormente el 11% que corresponde a 12 mujeres son casadas y finalmente las personas de estado civil divorciada que representa un 5% (5 mujeres) y las mujeres viudas con un 2% con un total de 2 mujeres. El porcentaje de 2% no contestó la pregunta.

Pese al estado civil que respondieron las encuestadas, la mayoría mencionó que se encuentra en una relación de pareja actualmente, representan el 57% (63 mujeres), mientras que el 43% (47 mujeres) respondieron que no.

Continuando con la información sociodemográfica en relación a la composición del núcleo familiar actual de la población encuestada: Existe una mayoría que declara tener hijos con un 85% (93 mujeres), mientras que el 15% (17 mujeres) no tienen hijos.

La mayoría de mujeres tienen hijos, además laboran de forma autónoma y seguidamente en las demás plazas mencionadas del centro histórico.

Respecto al número de hijos cuyo tope máximo es de 8 hijos, se evidencia lo siguiente: La mayoría de las trabajadoras sexuales que ejercen su actividad de forma autónoma declararon tener dos hijos que representan el 42% (46 mujeres), posteriormente aquellas que dijeron tener un hijo correspondiente al 24% (26 mujeres) y aquellas mujeres que solo han procreado tres hijos con el 16% (18 mujeres).

Otro grupo de trabajadoras dijo tener cuatro hijos con el 10% (11 mujeres), seguidamente aquellas que poseen cinco y seis hijos que representan de manera igualitaria el 3% (3 mujeres). Finalmente, las mujeres que tienen 7 hijos que representa el 1% se concentran en la Plaza de Plaza 24 de Mayo con un solo caso, así también las mujeres que tienen 8 hijos y que presentan el (2%) quienes se ubican en la misma plaza.

3.4.2. DATOS ETNOGRÁFICOS

TABLA 1. Plaza 24 de Mayo - Datos Etnográficos
Componentes: Nacionalidad, provincia y etnia

SECTORES	NACIONALIDAD	TOTAL	PROVINCIA	TOTAL	ETNIA	TOTAL	
PLAZA 24 DE MAYO	Ecuatoriana	11	Guayas	1	Mestizo	9	
	Colombiana	0	Pichincha	2	Montubio	2	
	Cubana	0	Santo Domingo	1	Afrodescendiente	1	
	Venezolana	0	Manabí	3			
	No Contesto	1	Loja	3			
				Esmeraldas	1		
				Los Ríos	0		
			No Contesto	1			

Elaboración propia

TABLA 2. Autónomas - Datos Etnográficos*Componentes: Nacionalidad, provincia y etnia*

SECTORES	NACIONALIDAD	TOTAL	PROVINCIA	TOTAL	ETNIA	TOTAL
	Ecuatoriana	53	Azuay	1	Mestizo	46
	Colombiana	4	Bolívar	1	Montubio	1
	Cubana	1	Carchi	1	Afrodescendiente	5
	Venezolana	8	Esmeraldas	4	Blanco	10
	No Contesto	0	Guayas	4	Indígena	3
AUTONOMAS			Loja	1	Otro	1
			Manabí	11		
			Pichincha	12		
			Santo Domingo	5		
			Imbabura	1		
			Los Ríos	7		
			Napo	1		
			Orellana	3		
			Pastaza	1		
			Extranjeras	13		

Elaboración propia

TABLA 3. Plaza del Teatro - Datos Etnográficos*Componentes: Nacionalidad, provincia y etnia*

SECTORES	NACIONALIDAD	TOTAL	PROVINCIA	TOTAL	ETNIA	TOTAL
PLAZA DEL TEATRO	Ecuatoriana	11	Azuay	0	Mestizo	11
	Colombiana	1	Bolívar	0	Montubio	0
	Cubana	0	Carchi	0	Afrodescendiente	0
	Venezolana	0	Esmeraldas	0	Blanco	0
	No Contesto	0	Guayas	2	Indígena	1
			Loja	0	Otro	0
			Manabí	1		
			Pichincha	4		
			Santo Domingo	2		
			EX	1		
			Imbabura	0		
			Los Ríos	2		
			Napo	0		
			Orellana	0		
		Pastaza	0			

Elaboración propia

TABLA 4. Plaza Santo Domingo - Datos Etnográficos

Componentes: Nacionalidad, provincia y etnia

SECTORES	NACIONALIDAD	TOTAL	PROVINCIA	TOTAL	ETNIA	TOTAL
PLAZA SANTO DOMINGO	Ecuatoriana	20	Azuay	0	Mestizo	14
	Colombiana	0	Bolívar	0	Montubio	5
	Cubana	0	Carchi	0	Afrodescendiente	1
	Venezolana	0	Esmeraldas	2	Blanco	0
	No Contesto	0	Guayas	4	Indígena	0
			Loja	1	Otro	0
			Manabí	7		
			Pichincha	0		
			Santo Domingo	3		
			EX	0		
			Imbabura	1		
			Los Ríos	2		
			Napo	0		
			Orellana	0		
		Pastaza	0			

Elaboración propia

Las trabajadoras sexuales según su nacionalidad provienen desde Venezuela, Colombia, Cuba y Ecuador. La mayoría son ecuatorianas que tienen una representatividad del 86% que corresponde a 95 trabajadoras sexuales, seguidamente se encuentra aquellas personas de nacionalidad venezolana con el 7% que representan 8 trabajadoras sexuales.

A continuación, las colombianas que tiene una representatividad del 5% que corresponden a un total de 5 trabajadoras sexuales y finalmente las cubanas con el 1%, es decir una trabajadora sexual.

En relación a la Provincia de nacimiento, la población encuestada proviene de 15 provincias del país que corresponden a las tres de las cuatro regiones naturales: Costa, Sierra, Oriente.

La mayoría de las trabajadoras sexuales que trabajan en el centro histórico, provienen esencialmente de la Costa y de la Sierra. Por un lado, están 23 mujeres (representa 24 %) que provienen de la provincia de Manabí y 18 mujeres (18%) de la provincia de Pichincha; seguidamente se ubican aquellas personas que proceden de Guayas, los Ríos y Santo Domingo que corresponde a 11 trabajadoras (12%) en cada provincia mencionada. Un grupo minoritario provienen tanto de la sierra como de la amazonia. En este sentido tanto en Azuay, Carchi como en Bolívar existe una representatividad del 3% (2 mujeres) en cada provincia. Y, por otro lado, están las mujeres de la amazonia quienes representan el 1% (una mujer) tanto de Pastaza como de Napo.

De acuerdo con la procedencia de la población encuestada, provienen tanto de la zona urbana como de la rural.

En el primer grupo están las trabajadoras sexuales que provienen de las zonas urbanas, las cuales, representan el 58% que corresponden a 64 mujeres. En el segundo grupo están las personas que proceden de zonas rurales 26 mujeres (24%). Finalmente 20 personas no deciden contestar (18%).

Referente a la autodenominación étnica, se estableció 6 patrones étnicos: mestizo, indígena, afrodescendiente, blanco, montubio, otro.

La mayoría de las trabajadoras sexuales se autodenominan mestizas y presentan el 73% (80 mujeres). Seguido de la población que se autodenomina blanca con el 9% (10 mujeres), otro grupo se define como montubias con el 7% (8 mujeres), el 6% (7 mujeres) se autodenomina afrodescendientes, un grupo reducido son indígenas con el 4% (4 mujeres) y otros que no prefirió contestar 1% (1 mujer).

3.4.3. DATOS ACERCA DEL TRABAJO SEXUAL

TABLA 1. Plaza 24 de Mayo - Trabajo sexual

Componentes: Inicio vida sexual, tiempo que ejerce la profesión, causas, medios para promocionar el servicio, lugar de trabajo

SECTORES	INICIO VIDA SEXUAL	TOTAL	TIEMPO QUE EJERCE	TOTAL	CAUSAS	TOTAL	MEDIOS DE POROMOCIÓN DEL SERVICIO	TOTAL	LUGAR DE TRABAJO	TOTAL
PLAZA 24 DE MAYO	De 15 a 20	9	De 1 a 3 Años	3	Desempleo	2	Contacto directo con el cliente	9	Centros de tolerancia	1
	De 21 a 26	2	De 7 a 15 Años	2	Sustento Económico	10	Servicios telefónicos	3	Hostal	10
	De 26 a 30	0	De 16 a 35 Años	7					Night Club	1
	De 30 a Mas	0								
	No Contestó	1								

Elaboración propia

TABLA 2. Autónomas - Trabajo sexual*Componentes: Inicio vida sexual, tiempo que ejerce la profesión, causas, medios para promocionar el servicio, lugar de trabajo*

SECTORES	INICIO VIDA SEXUAL	TOTAL	TIEMPO QUE EJERCE	TOTAL	CAUSAS	TOTAL	MEDIOS DE PROMOCIÓN DEL SERVICIO	TOTAL	LUGAR DE TRABAJO	TOTAL
AUTONOMAS	De 15 a 20	55	De 1 a 3 Años	24	Desempleo	19	Contacto directo con el cliente	52	Centros de Tolerancia	1
	De 21 a 26	6	De 4 a 6 Años	14	Sustento Económico	39	Servicios Telefónicos	10	Hostal	23
	De 26 a 30	0	De 7 a 15 Años	16	Migración	5	Uso de páginas en Internet	3	Night Club	40
	De 30 a Mas	4	De 16 a 35 Años	8	No Contestó	1	No Contestó	1	Domicilio	1
	No Contestó	1	No Contestó	4	Otros	2			No Contestó	1

Elaboración propia

TABLA 3. Plaza del Teatro - Trabajo sexual

Componentes: Inicio vida sexual, tiempo que ejerce la profesión, causas, medios para promocionar el servicio, lugar de trabajo

SECTORES	INICIO VIDA SEXUAL	TOTAL	TIEMPO QUE EJERCE	TOTAL	CAUSAS	TOTAL	MEDIOS DE PROMOCIÓN DEL SERVICIO	TOTAL	LUGAR DE TRABAJO	TOTAL
PLAZA DEL TEATRO	De 15 a 20	11	De 1 a 3 Años	5	Desempleo	3	Contacto directo con el cliente	10	Centros de tolerancia	0
	De 21 a 26	1	De 4 a 6 Años	5	Sustento Económico	9	Servicios telefónicos	2	Hostal	6
	De 26 a 30	0	De 7 a 15 Años	2	Migración	0	Uso de páginas en internet	0	Night Club	6
	De 30 a Mas	0	De 16 a 35 Años	0	No Contestó	0	No Contestó	0	Domicilio	0
	No Contestó	0	No Contestó	0	Otros	0			No Contestó	0

Elaboración propia

TABLA 4. Plaza de Santo Domingo - Trabajo sexual

Componentes: Inicio vida sexual, tiempo que ejerce la profesión, causas, medios para promocionar el servicio, lugar de trabajo

SECTORES	INICIO VIDA SEXUAL	TOTAL	TIEMPO QUE EJERCE	TOTAL	CAUSAS	TOTAL	MEDIOS DE POROMOCIÓN DEL SERVICIO	TOTAL	LUGAR DE TRABAJO	TOTAL
PLAZA SANTO DOMINGO	De 15 a 20	19	De 1 a 3 Años	10	Desempleo	5	Contacto directo con el cliente	14	Centros de tolerancia	0
	De 21 a 26	1	De 4 a 6 Años	1	Sustento Económico	11	Servicios telefónicos	5	Hostal	8
	De 26 a 30	0	De 7 a 15 Años	3	Migración	1	Uso de páginas en internet	0	Night Club	11
	De 30 a Mas	0	De 16 a 35 Años	5	No Contestó	1	No Contestó	1	Domicilio	1
	No Contestó	0	No Contestó	1	Otros	2			No Contestó	0

Elaboración propia

La edad de inicio de la vida sexual de la población encuestada corresponde a los siguientes rangos: de 15 a 20 años, de 21 a 30 años, mayores de 31 años, otros, no contestaron. El 44% (48 mujeres) iniciaron su vida sexual cuando eran menores de 15 años, posteriormente aquellas personas que respondieron que tuvieron relaciones sexuales entre los 16 a 20 años que representan el 42% (46 mujeres). El 11% (12 mujeres) indicó que su vida sexual comenzó entre los 21 a 30 años y mayor a los 31 años el 2% (2 mujeres). Finalmente 2% (2 mujeres) no contestó la encuesta.

Continuando con este acápite, en referencia al tiempo que ejercen el trabajo sexual, existen cinco variables: menos de un año, entre 1 a 5 años, entre 11 a 20 años, mayor de 21 años, otros, no contestan.

La mayoría de la población encuestada ejerce su actividad entre 1 a 5 años, representan el 34% (37 mujeres), seguidamente aquellas personas que refieren haber trabajado entre 11 y 20 años, correspondiente al 21% (23 mujeres). En menor porcentaje quienes tienen menos de 1 año ejerciendo el trabajo sexual que son el 15% (17 mujeres), seguidamente de aquellas personas que respondieron que laboran en este ámbito por un período de entre 6 a 10 años con el 14% (15 mujeres), mayor a este tiempo, es decir más de 21 años, representan el 12% (13 mujeres). Finalmente 5% (5 mujeres) no contestaron.

Existe un mínimo porcentaje de la población encuestada que labora más de 21 años, así como también entre 6 a 10 años, esta población se encuentra distribuida en las mujeres que laboran en la Plaza 24 de mayo y Santo Domingo, la primera plaza se caracteriza por tener una población adulta mayor, seguida de una población de edad entre los 30-41 años, quienes llevan ejerciendo el trabajo sexual durante ya algún tiempo.

Así también al contrario de lo descrito existe una gran cantidad de personas que labora entre 1 a 5 años, es decir recién comienzan a ejercer el trabajo sexual, lo cual es más evidente en las personas que trabajan de forma autónoma.

Referente al conocimiento de la familia acerca de la actividad relacionada al trabajo sexual, existen dos variables, quienes contestaron que si tienen conocimiento y quienes contestaron que no. La mayoría de la población contestó que su familia NO tiene conocimiento acerca de que laboran como trabajadoras sexuales, representa el 56% (62 mujeres). Mientras que el 43% (42 mujeres) contestaron que su familia conoce su trabajo y solo existió el 1% (1 mujer) quien no contestó la encuesta.

Dentro de las causas del trabajo sexual, existen cuatro variables, quienes ejercen su profesión por: migración, desempleo, sustento para su hogar, otros, no contestan.

La mayoría mencionó que la primera causa para ejercer el trabajo sexual es debido a la insuficiencia en el sustento económico para su hogar, representan el 62% (68 mujeres). Otra de las causas son el desempleo, correspondiente al 27% (30 mujeres). En menor porcentaje se presentan causas como la migración que son el 5% (6 mujeres). Finalmente están quienes no contestaron con el 2% (2 mujeres).

Los medios que utiliza para promocionar sus servicios las trabajadoras sexuales son algunos, sin embargo, se hace alusión a los que podrían considerarse como primordiales: contacto directo con el cliente, por medio del internet y servicios telefónicos, otros que no contestan.

Un porcentaje considerable respondió que mantienen contacto directo con sus clientes y representan el 77% (85 mujeres). Seguidamente aquellas personas que se contactan con su cliente mediante el uso de servicios telefónicos, correspondiente al 18% (20 mujeres). En menor porcentaje mencionan hacer uso de medios tecnológicos como el internet a través de páginas web, que son el 3% (3 mujeres). Por último, se encuentran quienes no contestaron el 2% (2 mujeres).

Los lugares en los que laboran las trabajadoras sexuales se clasificaron en los siguientes: Hostal, night club, hotel, domicilio, centros de tolerancia, y quienes no contestaron.

La población en su mayoría contestó que ejercen su actividad en night club, representan el 54% (59 mujeres). Seguidamente se encuentran las personas que trabajan en hostales, correspondiente al 35% (38 mujeres). En menor porcentaje se encuentran quienes laboran en los hoteles con el 7% (8 mujeres). Finalmente, quienes respondieron que ejercen su actividad en domicilios y centros de tolerancia, representan el 4% (4 mujeres). Solo existió 1 persona que no contestó.

3.4.4. DATOS RELACIONES FAMILIARES PERÍODO INFANCIA Y ADOLESCENCIA

TABLA 1. Plaza 24 de Mayo - Relaciones Familiares

Componentes: Estructura familia de origen, relación familiar, falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres, fue víctima de violencia, tipo de violencia y relación con el agresor

SECTORES	Estructura familia de origen	TOTAL	Relación familiar	TOTAL	Sintió falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres	TOTAL	Fue víctima de violencia	TOTAL	Tipo de violencia	TOTAL	Relación con el agresor	TOTAL
PLAZA 24 DE MAYO	Ambos padres	7	Cercana	9	Si	5	Si	2	Física	4	Esposo	1
	Conformada por otros familiares	1	Conflictiva	2	No	5	No	10	Sexual	6	Madre	1
	Monoparental (Un solo padre)	4	Distante	1	No Contestó	2			Todas	1	No Contestó	10
									Verbal	1		

Elaboración propia

TABLA 2. Autónomas - Relaciones Familiares

Componentes: Estructura familia de origen, relación familiar, falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres, fue víctima de violencia, tipo de violencia y relación con el agresor

SECTORES	Estructura familia de origen	TOTAL	Relación familiar	TOTAL	Sintió falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres	TOTAL	Fue víctima de violencia	TOTAL	Tipo de violencia	TOTAL	Relación con el agresor	TOTAL
AUTÓNOMAS	Conformada por otros familiares	7	Conflictiva	3	No	35	No	42	Sexual	16	Madre	2
	Monoparental (Un solo padre)	23	Distante	16	No Contestó	0			Todas	10	Hermanos	1
	Ningún familiar	1	No Contestó	4					Verbal	9	Familiares	6
	No Contesto	1							Psicológica	13	No Contestó	48
	Re-estructurada (Madrastro/Padrastra)	4									Otros	5

Elaboración propia

TABLA 3. Plaza del Teatro - Relaciones Familiares

Componentes: Estructura familia de origen, relación familiar, falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres, fue víctima de violencia, tipo de violencia y relación con el agresor

SECTORES	Estructura familia de origen	TOTAL	Relación familiar	TOTAL	Sintió falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres	TOTAL	Fue víctima de violencia	TOTAL	Tipo de violencia	TOTAL	Relación con el agresor	TOTAL	
PLAZA DEL TEATRO	Ambos padres	4	Cercana	8	Si	6	Si	2	Física	4	Esposo	1	
	Conformada por otros familiares	1	Conflictiva	1	No	6	No	10	Sexual	5	Madre	2	
	Monoparental (Un solo padre)	6	Distante	3	No Contestó	0			Todas	3	Hermanos	1	
	No Contestó	1								Verbal	0	Familiares	0
												No Contestó	7
											Padre	1	
											Otros	0	

Elaboración propia

TABLA 4. Plaza de Santo Domingo - Relaciones Familiares

Componentes: Estructura familia de origen, relación familiar, falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres, fue víctima de violencia, tipo de violencia y relación con el agresor

SECTORES	Estructura familia de origen	TOTAL	Relación familiar	TOTAL	Sintió falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres	TOTAL	Fue víctima de violencia	TOTAL	Tipo de violencia	TOTAL	Relación con el agresor	TOTAL
PLAZA SANTO DOMINGO	Ambos padres	12	Cercana	13	Si	3	Si	6	Física	6	Esposo	2
	Conformada por otros familiares	4	Conflictiva	3	No	16	No	14	Sexual	10	Madre	1
	Monoparental (Un solo padre)	3	Distante	4	No Contestó	1			Todas	2	Hermanos	0
	No Contestó	1							Verbal	2	Familiares	1
											No Contestó	12
											Padre	3
											Otros	1

Elaboración propia

En la estructura familiar de origen, existen trabajadoras sexuales que provienen de hogares monoparentales, ambos padres, reestructurada, conformadas por otros familiares.

Aquellas mujeres que proceden de un hogar conformado por ambos padres corresponden al 48% (53 mujeres); seguidamente se encuentran las personas que provienen de hogares monoparentales que representa el 33% (36 mujeres). Además, la población que deviene de familias reorganizadas, conformada por otros familiares son el 12% (13 mujeres). En menor cantidad se evidencia a la población que vienen de una familia de origen reestructurada (madrastra-padrastra) que son el 4% (4 mujeres). Finalmente, el 4% (4 mujeres) no contestaron a la encuesta.

La relación familiar durante la infancia y adolescencia de los encuestados se dividió en cuatro variables: relación cercana, relación distante, relación conflictiva y quienes no contestaron. En el primer grupo, que son la mayoría, respondió que su relación es cercana con sus familiares, representan el 68% (75 mujeres). El segundo grupo define la relación familiar como distante y representa el 22% (24 mujeres). En el tercer grupo, que son la minoría, se encuentran las personas que consideran que tuvieron una relación conflictiva con sus familiares son el 8% (9 mujeres). Finalmente, el 2% (2 mujeres) quienes no contestaron.

Continuando con las relaciones familiares, la población encuestada menciona en su mayoría que NO han sido víctimas de violencia en la niñez o adolescencia, que representan el 70% (77 mujeres). Mientras que el 30% (33 mujeres), contestaron que SI fueron víctimas de violencia durante estas etapas de su vida.

En relación a los tipos de violencia se hizo énfasis en los siguientes: física, psicológica, sexual, verbal, patrimonial/económica y todas. El 33% (37 mujeres), respondieron haber sido víctimas de violencia sexual, seguidamente la violencia física con el 29% (32 mujeres). No existe violencia patrimonial u económica, otro grupo representa haber recibido violencia psicológica el 13% (13 mujeres). La violencia verbal en esta población representa a 12 mujeres (11%), así también con porcentaje igual se encuentra todo el tipo de violencia antes mencionado con 15% (16 mujeres).

Los datos anteriores reflejaron que la mayoría de la población no sufrió violencia en las etapas de la infancia o adolescencia. Sin embargo, se hizo énfasis en un porcentaje que, si bien era menor, representaba al grupo de personas que fue víctima de violencia, con los resultados obtenidos, el tipo de violencia con mayor porcentaje es la violencia sexual.

En referencia a la relación de la población encuestada con el agresor, se determinaron seis variables: madre, padre, hermanos, esposo/a familiares, otros, desconocidos.

El mayor porcentaje de la población que fue víctima de violencia respondió que la relación con su agresor era con personas desconocidas, que representan el 31% (34 mujeres). En el segundo grupo mencionaron que fue la madre con el 27% (30 mujeres) y seguido tenemos al padre con el 18% (20 mujeres), en porcentajes iguales tenemos a violencia recibida por hermanos y familiares que representan el 8% (9 mujeres), Finalmente, la minoría que ha recibido agresiones por parte del esposo/a, 7% (8 mujeres).

3.4.5. DESCRIPCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS POR ORGANIZACIONES

TABLA 1. Plaza 24 de Mayo - Consumo de drogas

Componentes: Consumo de drogas en el sistema familiar e individual

SECTORES	Consumo de drogas en el sistema familiar	TOTAL	Tipo de droga	TOTAL	A lo largo de su vida ha ingerido algún tipo de droga	TOTAL	Tipo de drogas ingeridas	TOTAL	Frecuencia de consumo	TOTAL	Edad de inicio de consumo	TOTAL
PLAZA 24 DE MAYO	SI	5	Alcohol	4	SI	9	Alcohol	6	Encuentros sociales	2	De 15 a 20	2
	No	5	Cocaína	1	No	3	Tabaco	3	Fines de semana	3	De 21 a 26	1
	No Contestó	2	Marihuana	5	No Contestó	0	No Contestó	3	Solo probo	2	De 26 a 30	0
			Tabaco	2					No Contestó	5	De 30 a más	0
										No contestó		9

Elaboración propia

TABLA 2. Plaza 24 de Mayo - Consumo actual de drogas
Componentes: Consumo actual de drogas en las trabajadoras sexuales

SECTORES	Actualmente consume algún tipo de droga	TOTAL	Frecuencia de consumo	TOTAL	El uso de las sustancias anteriormente mencionadas, lo realiza con:	TOTAL	Si lo realiza con el cliente, ¿usted recibe algún beneficio económico?	TOTAL	Alguna vez ha buscado ayuda profesional por su consumo	TOTAL
	SI	5	Diario	6	Amigos	1	SI	4	SI	1
PLAZA 24 DE MAYO	No	7	Ocasionalmente	5	Cliente	4	No	2	No	9
	No Contestó	0	Una vez a la semana	1	Pareja	1	No Contestó	6	No Contestó	2
					Solo	3				
					No Contestó	3				

Elaboración propia

TABLA 3. Autónomas - Consumo de drogas

Componentes: Consumo de drogas en el sistema familiar e individual

SECTORES	Consumo de drogas en el sistema familiar	TOTAL	Tipo de droga	TOTAL	A lo largo de su vida ha ingerido algún tipo de droga	TOTAL	Tipo de drogas ingeridas	TOTAL	Frecuencia de consumo	TOTAL	Edad de inicio de consumo	TOTAL
AUTONOMAS	SI	28	Alcohol	26	SI	48	Alcohol	42	Encuentros sociales	14	De 15 a 20	21
	No	35	Cocaína	10	No	16	Tabaco	4	Fines de semana	7	De 21 a 26	6
	No Contestó	3	Marihuana	17	No Contestó	2	Drogas	3	Solo probó	6	De 26 a 30	3
			Tabaco	3			No Contestó	17	Habitualmente	12	De 30 a Mas	0
			No Contestó	10				No Contestó	27	No Contestó		36

Elaboración propia

TABLA 4. Autónomas - Consumo actual de drogas
Componentes: Consumo actual de drogas en las trabajadoras sexuales

SECTORES	Actualmente consume algún tipo de droga	TOTAL	Frecuencia de consumo	TOTAL	El uso de las sustancias anteriormente mencionadas, lo realiza con:	TOTAL	Si lo realiza con el cliente, ¿usted recibe algún beneficio económico?	TOTAL	Alguna vez ha buscado ayuda profesional por su consumo	TOTAL
	SI	42	Diario	15	Amigos	5	SI	26	SI	5
	No	24	Ocasionalmente	26	Cliente	15	No	11	No	15
AUTONOMAS	No Contestó	0	Una vez a la semana	20	Pareja	2	No Contestó	29	No Contestó	46
			Una vez al mes	5	Solo	8				
					No Contestó	36				

Elaboración propia

TABLA 5. Plaza del Teatro - Consumo de drogas

Componentes: Consumo de drogas en el sistema familiar e individual

SECTORES	Consumo de drogas en el sistema familiar	TOTAL	Tipo de droga	TOTAL	A lo largo de su vida ha ingerido algún tipo de droga	TOTAL	Tipo de drogas ingeridas	TOTAL	Frecuencia de consumo	TOTAL	Edad de inicio de consumo	TOTAL
PLAZA DEL TEATRO	SI	4	Alcohol	3	SI	9	Alcohol	9	Encuentros sociales	3	De 15 a 20	2
	No	8	Cocaína	3	No	2	Tabaco	1	Fines de semana	2	De 21 a 26	3
	No Contestó	0	Marihuana	5	No Contestó	1	No Contestó	2	Solo probó	4	De 26 a 30	1
			Tabaco	1					Habitualmente	2	De 30 a más	2
			No Contestó	1					No Contestó	1	No Contestó	4

Elaboración propia

TABLA 6. Plaza del Teatro - Consumo actual de drogas
Componentes: Consumo actual de drogas en las trabajadoras sexuales

SECTORES	Actualmente consume algún tipo de droga	TOTAL	Frecuencia de consumo	TOTAL	El uso de las sustancias anteriormente mencionadas, lo realiza con:	TOTAL	Si lo realiza con el cliente, ¿usted recibe algún beneficio económico?	TOTAL	Alguna vez ha buscado ayuda profesional por su consumo	TOTAL
	SI	6	Diario	3	Amigos	1	SI	0	SI	2
PLAZA DEL TEATRO	No	6	Ocasionalmente	6	Cliente	3	No	4	No	2
	No Contestó	0	Una vez a la semana	3	Pareja	0	No Contestó	8	No Contestó	8
					Solo	2				
					No Contestó	6				

Elaboración propia

TABLA 7. Plaza de Santo Domingo - Consumo de Drogas
Componentes: Consumo de drogas en el sistema familiar e individual

SECTORES	Consumo de drogas en el sistema familiar	TOTAL	Tipo de droga	TOTAL	A lo largo de su vida ha ingerido algún tipo de droga	TOTAL	Tipo de drogas ingeridas	TOTAL	Frecuencia de consumo	TOTAL	Edad de inicio de consumo	TOTAL
PLAZA SANTO DOMINGO	SI	13	Alcohol	3	SI	9	Alcohol	9	Encuentros sociales	9	De 15 a 20	8
	No	7	Cocaína	0	No	7	Tabaco	1	Fines de semana	4	De 21 a 26	2
	No Contestó	0	Marihuana	9	No Contestó	4	No Contestó	10	Solo probó	2	De 26 a 30	0
			Tabaco	8					No Contestó	5	De 30 a más	0
										No contestó	10	

Elaboración propia

TABLA 8. Plaza de Santo Domingo - Consumo actual de drogas

Componentes: Consumo actual de drogas en las trabajadoras sexuales

SECTORES	Actualmente consume algún tipo de droga	TOTAL	Frecuencia de consumo	TOTAL	El uso de las sustancias anteriormente mencionadas, lo realiza con:	TOTAL	Si lo realiza con el cliente, ¿usted recibe algún beneficio económico?	TOTAL	Alguna vez ha buscado ayuda profesional por su consumo	TOTAL
PLAZA SANTO DOMINGO	SI	6	Diario	7	Amigos	3	SI	4	SI	0
	No	12	Ocasionalmente	10	Cliente	6	No	3	No	5
	No Contestó	2	Una vez a la semana	3	Pareja	2	No Contestó	13	No Contestó	15
					Solo	2				
				No Contestó	7					

Elaboración propia

Referente al consumo de drogas en el sistema familiar, la mayoría de las personas encuestadas afirma que ningún miembro de la familia ha consumido ningún tipo de drogas, representan el 50% (55 mujeres). Mientras que el 45% (50 mujeres) refiere que sí. Y el 5 % prefiere no contestar.

El tipo de droga que consumían los familiares de las trabajadoras sexuales, de quienes afirmaron, se encuentra distribuido en: alcohol, tabaco, cemento de contacto, marihuana, cocaína, otras sustancias, y quienes no contestaron.

Se obtiene los siguientes resultados: la mayoría de encuestadas mencionaron que hubo un consumo de alcohol, que representa el 30% (33 mujeres), seguidamente aquellas personas que mencionan existieron el uso de la marihuana, correspondiente al 24% (26 mujeres). Posteriormente quienes refieren el consumo de tabaco que son el 19% (21 mujeres). Finalmente, la cocaína con el 5% (5 mujeres). Las personas que no contestaron esta pregunta fueron el 23% (25 mujeres).

En relación a la vida personal de las trabajadoras sexuales, la mayoría de la población encuestada menciona que, si ha consumido algún tipo de droga a lo largo de su vida, representan el 71% (78 mujeres). Mientras aquellas personas que respondieron no haber ingerido drogas, corresponde al 27% (30 mujeres). Finalmente, la minoría con el 2% (una mujer) no contestó la encuesta.

Existen seis tipos de drogas a los que se hizo referencia: alcohol, tabaco, cemento de contacto, marihuana, cocaína, además de las personas quienes han probado otras sustancias y aquellas que no contestaron.

La droga con mayor consumo es el alcohol que representa el 34% (37 mujeres), posteriormente le sigue la marihuana que corresponde al 32% (35 mujeres), el 13% (14 mujeres) mencionaron consumir tabaco, en el mismo porcentaje 13% (14 mujeres) ingieren cocaína. Finalmente, quienes prefirieron no contestar, representan el 9% (10 mujeres).

Continuando con este acápite, la frecuencia del consumo de drogas que consumieron alguna vez en su vida las trabajadoras sexuales, se dividió en cinco criterios: las personas que alguna vez probaron, quienes la usan en encuentros sociales, aquellas que atribuyen el consumo solamente los fines de semana, habitualmente y quienes no contestaron.

La población encuestada en su mayoría contestó consumir drogas de forma más frecuente en encuentros sociales y representan el 32% (35 mujeres), el 25% (28 mujeres) mencionaron que usan drogas solamente los fines de semana, otro grupo respondió consumir

drogas de manera habitual (2 veces por semana), correspondiente al 15% (17 mujeres), adicional el 13% (14 mujeres) solo probó. Finalmente, quienes prefirieron no contestar representa el 15% (16 mujeres).

Seguidamente es importante mencionar la edad de inicio del consumo de drogas en la población encuestada, definida en cuatro grupos: antes de los 17 años, entre los 18 -25 años, entre los 25 a 30 años y quienes consumieron después de los 31 años.

El mayor porcentaje que se obtuvo es correspondiente al 32% (58 mujeres), quienes no contestaron la pregunta. La población que inició su consumo entre los 18- 25 años representa el 31% (24 mujeres), posteriormente aquellas personas que iniciaron antes de los 17 años corresponden al 23% (19 mujeres). En menor porcentaje se encuentra la población que respondió que comenzó su consumo entre los 25 a 30 años, representan el 7% (5 mujeres), posterior a esta edad, es decir mayor de 31 años son el 5% (4 mujeres).

En relación al consumo de drogas en la actualidad: el 53% (58 mujeres), afirman consumir drogas, mientras que el 38% (42 mujeres), niegan. Solamente, el 9% (10 mujeres) no contestaron a la pregunta.

Concerniente a los tipos de droga de mayor consumo en la actualidad por parte de la población encuestada, se hace mención a algunas drogas: Marihuana, tabaco, Basuco, triquil, plo plo, pasta de cocaína, trago, puro, huanchaca (alcohol).

En el primer grupo, que son la mayoría, están las que consumen trago, puro, huanchaca (alcohol), representa el 52% (57 mujeres). En el segundo grupo, están las que consumen marihuana, representa el 24% (26 mujeres). En el tercer grupo están las que consumen tabaco, representa el 17% (19 mujeres). En el cuarto grupo, que son la minoría, están las que consumen pasta de cocaína, representa el 7% (8 mujeres).

Con relación a la frecuencia del consumo de drogas, en su mayoría respondieron que es de forma ocasional, representa el 45% (50 mujeres). El 28 % (31 mujeres) menciona consumir con frecuencia diaria algún tipo de droga, así también otro grupo refiere ingerir una vez por semana, correspondiente al 15% (17 mujeres). En menor porcentaje aquellas personas que consumen dos o más veces al día 2% (2 mujeres), 1 vez al mes 5% (6 mujeres), 2 o más veces por semana 4% (4 mujeres).

Continuando con la variable de consumo actual en las trabajadoras sexuales, se obtiene que el mismo se relaciona en su mayoría a la ingesta en compañía del cliente, representan el 47% (52 mujeres). Seguidamente aquellas personas que consumen drogas con

amigos, correspondiente al 22% (24 mujeres). Algunas personas respondieron que consumen drogas en compañía de su pareja y son el 17% (19 mujeres). Finalmente, quienes contestaron que ingieren algún tipo de drogas, solas con el 14% (15 mujeres).

De lo anteriormente descrito, se obtiene que en su mayoría la población encuestada afirma haber recibido beneficio económico por el consumo de drogas con el cliente, representado en el 52% (57 mujeres), mientras que quienes niegan corresponde al 27% (30 mujeres). Aquellas personas que no contestaron son el 21% (23 mujeres).

Finalmente, al existir dos componentes esenciales en relación al consumo de drogas en trabajadoras sexuales como son: el consumo ocasional de drogas y éste es en compañía del cliente, la mayoría de la población encuestada refiere no necesitar ayuda profesional ante el consumo, correspondiente al 44% (48 mujeres). Así también otro grupo menciona que nunca quisieron buscar ayuda, representa el 29% (32 mujeres). Seguidamente aquellas personas que respondieron que no, porque no han tenido la posibilidad, correspondiente al 16% (18 mujeres) y aquellas personas que representa un mínimo porcentaje de quienes si han buscado ayuda que son el 11% (12 mujeres).

3.5. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS

La mayoría de las trabajadoras sexuales que pertenecen al grupo analizado son mujeres (96%), concentradas en un grupo de edad (21 a 40 años), alcanzando 69%, con representatividad de nacionalidad ecuatoriana en 86%, de procedencia de la provincia de Manabí (24%), 73% se autodefinen como mestizas, el 59% son solteras, 85% tiene hijos, 33% de ellas poseen hasta dos hijos, 46% han alcanzado una escolaridad de Educación Básica y el 39% Bachillerato. Un resultado interesante fue que 11% de las encuestadas cuentan con educación superior. Los resultados que corresponden a la estructura familiar llaman la atención pues 48% de las encuestadas provienen de hogares no monoparentales, es decir que crecieron con ambos padres y 68% describen que la relación con su familia durante la infancia y adolescencia fue cercana y (67%) no fueron víctimas de violencia. Aquellas que afirman haber sido víctimas, 33% sufrieron violencia sexual y señalan que sus agresores principales fueron personas desconocidas y en menor porcentaje sufrió violencia física por parte de las madres. En cuanto al consumo de drogas por sus familiares, señalan que 45% consumía, 50% no lo hacía y 5% desconoce o no sabe. Al indagar sobre el tipo de sustancias, 46% indica que consumían alcohol, 22% marihuana, 12% tabaco, 10% cocaína y 10% prefiere no contestar. Al profundizar sobre si sentían apego, cariño o desinterés por sus padres durante su infancia y adolescencia; 56% de ellas responde que no. En el ámbito afectivo 34% de ellas afirma tener una pareja. La mayoría de ellas (44%) iniciaron su vida sexual al ser menores de 15 años, (42%) entre 16 y 21 años de edad. Lo que respecta al tiempo que desempeña esta actividad, 34% la ejerce durante 1 a 5 años, 21% durante 11 a 20 años, 15% menos de 1 año, 14% durante 6 a 10 años, 12% mayor a 21 años y 4,5% no contesta. Las causas por las cuales decidieron ejercer este trabajo se atribuyen principalmente al factor económico, pues 62% de ellas indicaron que esta actividad les permitía ser el sustento para su hogar. Lo sorprendente es que 56% de ellas señala que su familia desconoce que se dedican al trabajo sexual. Acerca de los medios que utiliza para promocionar sus servicios, 77% hace referencia al contacto directo con el cliente. El Night Club (54%), es el lugar usualmente elegido para ejercer esta actividad. La mayoría (71%) afirma haber ingerido algún tipo de droga a lo largo de su vida; siendo el alcohol (46%) y la marihuana (13%) las más utilizadas. La frecuencia de consumo se refleja con 36% en encuentros sociales, 21% durante los fines de semana, 18% indica que consume habitualmente, lo que significa 2 o más veces por

semana, por otro lado, el mismo porcentaje (18) indica haber probado, y 7% no contesta. La mayoría de estas mujeres (32%) prefirieron no contestar acerca de la edad a la que comenzaron a consumir drogas, 31% de ellas indicó que cuando tenían entre 18 a 25 años de edad, 25% dicen haber sido menores de 17 años, 7% haber tenido 25 a 30 años de edad y 5% cuando tenían más de 31 años. Cuando se preguntó sobre el consumo actual de drogas, 53% respondió que sí lo hacía, de este grupo 55% ingiere trago puro, 28% marihuana, 12% tabaco y 5% cocaína. Este consumo es realizado en 48% con el cliente, 26% a solas, 19% con amigos y 7% con su pareja. La mayoría de trabajadoras sexuales (66%) afirma haber recibido un beneficio económico adicional por parte de los clientes por consumir drogas con ellos, adicionalmente 50% de las encuestadas no presentan interés en buscar ayuda profesional por su consumo de drogas.

Realizando un análisis de los resultados anteriormente descritos la mayoría de la población encuestada se define como mujer y solo un menor porcentaje son hombres, correspondiente a la población transexual que labora en la Plaza del Teatro; la edad de esta población oscila entre los 21 a 40 años de edad, las personas más jóvenes se dedican a ejercer el trabajo sexual de forma autónoma, mientras que pasado los 31 años pertenecen a grupos organizados quienes se ubican en las diferentes plazas.

Los datos demográficos muestran que la población encuestada es en su mayoría de nacionalidad ecuatoriana y se autodefinen como mestizas, en menor porcentaje la existencia de otras nacionalidades dentro de este grupo como: colombianas, cubanas y venezolanas, pese a la migración de esta última población que se ha dado desde hace algunos años atrás hacia el país. Las personas ecuatorianas provienen de la Provincia de Manabí y Pichincha de zonas urbanas, además son de estado civil solteras, pero mantienen una relación de pareja actual, así también poseen hijos, mínimo 2 y un máximo de 8 hijos en menor porcentaje.

En relación a la escolaridad mencionan que en su mayoría culminaron sus estudios primarios y en menor porcentaje el bachillerato y estudios superiores, esto posiblemente debido a factores psicosociales o socioeconómicos, como: bajo rendimiento académico, poca motivación para el estudio por parte de la familia o de la propia escuela, problemas conductuales, ausentismo, problemas interpersonales con los pares o que hayan sufrido algún tipo de violencia en este ámbito como bullying, escasos recursos económicos, relacionado al ambiente familiar incluso baja escolaridad y desinterés por parte de los padres para que sus hijos/as se superen profesionalmente, entre otras.

En el ámbito familiar la población encuestada respondió que provienen de hogares conformados por ambos padres, en los cuales existió una relación cercana y que en su mayoría no fueron víctimas de violencia en su infancia y adolescencia, sin embargo, es importante mencionar que un grupo afirmó haber sufrido de violencia de tipo sexual por personas desconocidas, así como también violencia física por parte de las madres en algunos casos.

En este acápite es importante realizar un análisis desde dos puntos de vista, el primero que la familia es el núcleo principal de la sociedad y que depende mucho de la estructura en cuanto a reglas, normas, roles y funciones que cumple cada miembro en el hogar, así como también de la dinámica y organización interna de la misma, además del componente afectivo, apego, comunicación, que favorecen las relaciones familiares y posteriormente las relaciones interpersonales, es decir desde la estructura personal del individuo con estas condiciones positivas aporta en su desarrollo personal: buena autoestima, autocontrol, adecuado manejo de conflictos, seguridad en sí mismo, entre otras, que se constituyen como factores protectores para prevenir posteriormente que la persona decaía en conductas negativas que podrían ser perjudiciales en su vida personal, familiar, social y laboral.

El segundo punto de vista es cuando al contrario del tipo de familia antes descrita, existen problemas familiares por ejemplo económicos que posteriormente desencadenan hechos de violencia y asociado a esto un consumo de alcohol u drogas, ante esto algunas personas afirmaron que, si hubo ingesta de alcohol por parte de sus familiares, seguido de un consumo de marihuana y tabaco en menores cantidades. El alcohol podría considerarse como un factor característico en la población ecuatoriana, ya que, en todas las celebraciones, fiestas populares, eucarísticas, entre otras, se encuentra presente, entonces no solo es una condición individual sino también social. Cabe indicar que esas condiciones, no siempre son factores desencadenantes de conductas negativas posteriores, pero sí podrían considerarse como factores predisponentes.

Además de las condiciones socioeconómicas, otro factor fundamental es la estructura familiar, que en menor porcentaje se reflejó en las estadísticas expuestas en la investigación, correspondiente a las personas que respondieron que sintieron desinterés, falta de apego o cariño por parte de los padres y esto repercute mucho en el ámbito emocional y psicológico, por ejemplo, genera inseguridad, baja autoestima, miedo, poca confianza en sí misma y en los demás, tristeza, entre otros, ante lo cual podría considerarse como factores de riesgo ya que

posiblemente al no tener amor en su hogar puede empezar a buscar en cualquier otra persona que no siempre puede ser buena, hay personas manipuladoras que pueden valerse de esto para hacer daño (trata de personas, violencia de cualquier tipo, entre otros), que igualmente son condiciones mas no determinantes para que posteriormente incidan en prácticas de riesgo o conductas negativas impulsadas por pares o personas que ellos/ellas se identifiquen.

En relación al ámbito laboral, las trabajadoras sexuales mencionaron que iniciaron su vida sexual antes de los 15 años de edad, esto podría relacionarse con la condición de que algunas personas contestaron que fueron víctima de violencia sexual en las etapas de la infancia y adolescencia, así también podría atribuirse a relaciones sexuales consentidas en el ámbito de la pareja; otro porcentaje respondió que comenzaron entre los 16 a 21 años de edad. En relación al tiempo que ejercen el trabajo sexual se encuentran entre 1 a 5 años y seguidamente entre 11 a 20 años, en el primer rango se encuentran las personas que laboran de forma autónoma en su mayoría, así también ellas tienen más libertad en cuanto tiempo, horarios y espacios que pueden utilizar para ejercer esta actividad que en su mayoría son en night clubs, mientras que las personas que están en el segundo rango son aquellas que pertenecen a Asociaciones, así también se diferencian del primer grupo ya que se encuentran ubicadas en un solo espacio que es la calle y en los hostales aledaños a las Plazas a las cuales se ha hecho referencia. En este ámbito la población encuestada mencionó que, como medio para ejercer su trabajo, utilizan el contacto directo con sus clientes que se da tanto en las calles como también en los centros nocturnos, así también a través de llamadas telefónicas directas por parte de clientes frecuentes. En comparación con otras trabajadoras sexuales conocidas como prepago se diferencia que ellas pertenecen a empresas que comercializan el servicio sexual y que promueven los mismos a través de páginas web, entre otros medios tecnológicos, lo cual implica una mayor inversión, así como también mayor recurso económico ya que las tarifas dentro de este medio son más altas que de las personas que trabajan en las calles.

Continuando con el acápite acerca del trabajo, la mayoría refiere que se dedican al trabajo sexual por el factor económico ya que son sustento de hogar, así también mencionan que su familia o allegados no conocen acerca de su labor y que son pocas las personas que saben a qué se dedican, ante esto incluso es muy común que utilicen seudónimos para no ser identificadas, lo cual es contradictorio porque se exhiben en las calles. El desconocimiento de

la familia puede deberse a los estigmas sociales que aún se atribuye a esta población, así como también a la discriminación del cual también pudieran ser víctimas, pese a que siguen luchando por establecer una igualdad social y que sus derechos sean reconocidos, esto a través de las organizaciones que las representan.

El consumo de drogas en este ámbito se da con mayor frecuencia en los nights clubs por las características de este espacio, siendo la de mayor demanda el alcohol, que al ser una droga legal es más fácil su comercialización y ligado a éste también está el consumo de tabaco. La marihuana también es consumida, aunque en menor cantidad, la forma de comercialización de ésta es diferente a las anteriores, sin embargo es importante mencionar que el trabajo sexual no está directamente relacionado con uno de los problemas sociales como es el microtráfico de drogas, pero su uso si puede estar camuflado dentro de los centros nocturnos o también en las calles, ya que es común ver en el Centro histórico como comercializan la misma en las distintas plazas, además de otros lugares estratégicos para el expendio de drogas no solo la marihuana, sino también la pasta base.

Así también mencionaron que la ingesta de estas drogas es de forma ocasional y que en su mayoría lo realizan con el cliente, amigos, pareja y en un menor porcentaje solas, al consumir estas sustancias en especial el alcohol que es la droga de mayor consumo, afirmaron que existe un beneficio económico adicional por el mismo, tanto por parte de los empleadores como también de parte del propio cliente que dependiendo el tiempo de droga que internamente acuerden con la trabajadora consumir antes, durante o después del acto sexual, el precio varía y esto es beneficioso para el o la trabajadora sexual. Además, la población hizo referencia a que la edad a la que iniciaron el consumo de drogas fue entre los 18-25 años probablemente incluso probaron por primera vez dentro del ámbito laboral.

Como el consumo es ocasional, la población encuestada respondió que no han buscado ayuda profesional ya que no consideran que sea un problema que afecte su salud o que derive en otros problemas personales o familiares. Ante esto es importante destacar que esta población sobre todo aquellas personas que están asociadas, constantemente reciben capacitaciones acerca de prevención de enfermedades de transmisión sexual, consumo de drogas y la dependencia que puede causar. Así también existen “convenios” por así decirlo con los establecimientos de salud cercano para tener una atención prioritaria, incluso cabe mencionar que por ejemplo en el lugar que se realizó la investigación, Centro de Salud Centro Histórico, tienen un área específica en la que reciben una atención por parte del

médico y obstetra, así también si es necesario derivan a otros profesionales especialistas, dependiendo el caso.

3.6. ANÁLISIS INFERENCIAL DE DATOS

Luego del análisis descriptivo de las diferentes variables que componen la encuesta, es necesario realizar un análisis mucho más inferencial, razón por la cual se utilizará un análisis de componentes principales categórico (CAPTCA por sus siglas en inglés), este procedimiento ayuda a cuantificar de forma simultáneamente las diferentes variables categóricas, además de reducir la dimensionalidad de los datos con las variables más representativas, denominadas componentes, mismas que no están correlacionadas entre sí, concentrando la mayor parte de información posible de las variables originales.

En primer lugar, se utilizarán todas las variables para conocer el comportamiento que estas tienen y de forma especial conocer la relación existente entre ellas, sin embargo, es necesario conocer la validez del modelo pues en los datos faltantes se utiliza el método de imputación a través de la moda de cada una de las variables, así.

TABLA 1. Resumen
Resumen del modelo

Dimensión	Alfa de Cronbach	Varianza contabilizada para Total (autovalor)
1	0.805	4.400
2	0.731	3.356
Total	.907 ^a	7.756

a. Se utiliza el total de alfa de Cronbach en el autovalor total.

Se utiliza el estadístico alfa de Cronbach para identificar la validez del modelo, y como se puede observar los valores son superiores a 0.05 razón por la cual se puede utilizar el presente modelo con las variables identificadas.

Una vez revisado la validez del modelo se procede a generar el análisis de componentes principales categórico obteniendo los siguientes resultados.

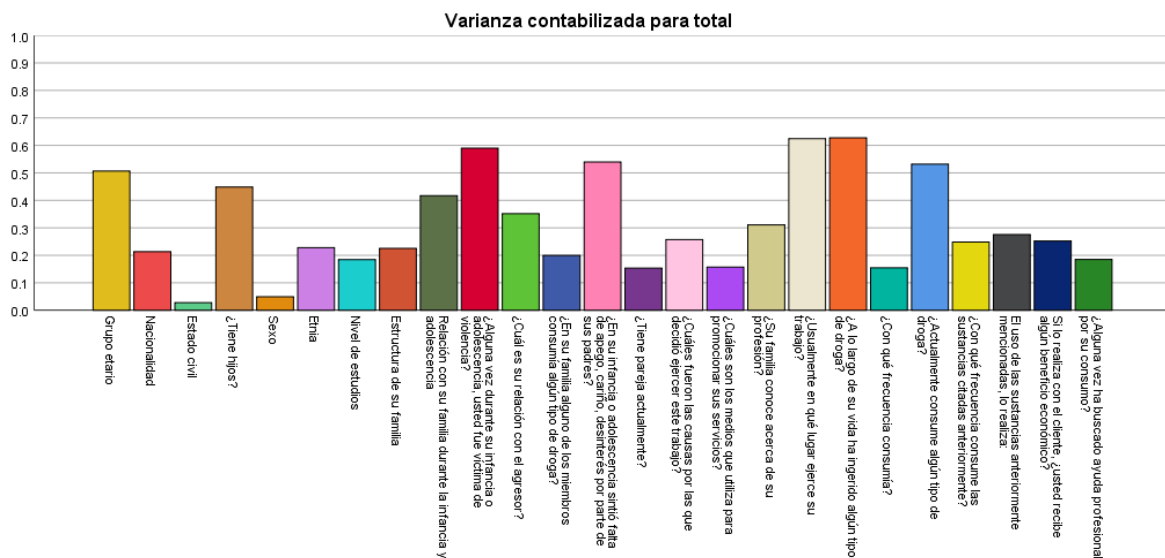
TABLA 2. Componentes*Carga de componentes*

VARIABLE	Dimensión	
	1	2
¿A lo largo de su vida ha ingerido algún tipo de droga?	0.783	0.116
¿Alguna vez durante su infancia o adolescencia, usted fue víctima de violencia?	0.755	-0.142
¿En su infancia o adolescencia sintió falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres?	0.732	-0.063
¿Tiene hijos?	0.564	-0.360
¿Actualmente consume algún tipo de droga?	0.510	0.521
¿En su familia alguno de los miembros consumía algún tipo de droga?	0.439	-0.084
¿Con qué frecuencia consumía?	0.393	-0.009
¿Su familia conoce acerca de su profesión?	0.364	-0.423
¿Tiene pareja actualmente?	0.356	0.164
¿Con qué frecuencia consume las sustancias citadas anteriormente?	0.353	0.352
El uso de las sustancias anteriormente mencionadas, lo realiza:	0.343	0.397
Si lo realiza con el cliente, ¿usted recibe algún beneficio económico?	0.266	0.426
¿Cuáles son los medios que utiliza para promocionar sus servicios?	0.219	0.330
Sexo	0.174	-0.138
Estado civil	0.166	0.011
Etnia	0.122	0.461
Nacionalidad	0.099	-0.451
¿Usualmente en qué lugar ejerce su trabajo?	0.052	-0.788
Grupo etario	-0.091	0.706
Nivel de estudios	-0.104	0.416
¿Cuáles fueron las causas por las que decidió ejercer este trabajo?	-0.130	0.490
¿Alguna vez ha buscado ayuda profesional por su consumo?	-0.256	-0.346
Estructura de su familia	-0.475	-0.005
¿Cuál es su relación con el agresor?	-0.570	0.163
Relación con su familia durante la infancia y adolescencia	-0.631	0.135
Normalización de principal de variable.		

En la tabla anterior, se pueden observar los valores pertenecientes a la varianza explicada por cada una de las variables cualitativas que conforman la encuesta, fueron ordenadas de mayor a menor, acorde a su valor por la dimensión 1 y 2 respectivamente. De este mismo cuadro se puede interpretar que las cuatro primeras variables conforman el primer componente donde cuya principal característica es el consumo de alguna droga y su realidad en su círculo familiar, mientras que las variables que son significativas con relación al segundo componente se relacionan con el grupo etario al cual pertenece, el consumo de algún tipo de droga, las principales causas por las cuales decidió entrar a la prostitución e incluso la etnia.

Sin embargo, al totalizar la varianza en los dos componentes de interés se puede apreciar que las variables más influyentes son las siguientes:

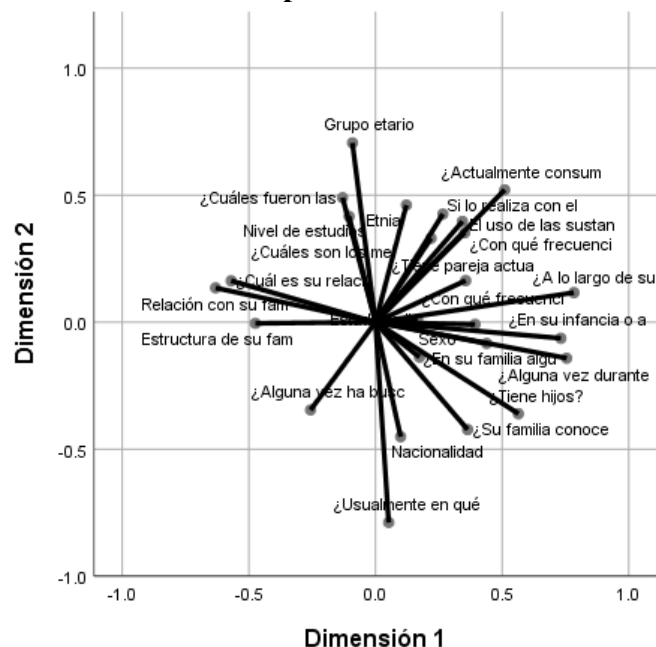
- Grupo etario.
- ¿Tiene hijos?
- Relación con su familia durante la infancia y adolescencia
- ¿Alguna vez durante su infancia o adolescencia, usted fue víctima de violencia?
- ¿En su infancia o adolescencia sintió falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres?
- ¿Usualmente en qué lugar ejerce su trabajo?
- ¿A lo largo de su vida ha ingerido algún tipo de droga?
- ¿Actualmente consume algún tipo de droga?



Se han considerado a todas aquellas variables que cuya varianza total sea mayor a 0.4 para formar parte de los dos componentes que se están analizando.

Mediante el gráfico de la saturación de componentes también es posible conocer las variables que pueden formar parte del análisis pues aquellas que se alejen más del centro del gráfico y posean direcciones contrarias, son aquellas que son consideradas en los componentes.

Saturación de componentes – Primer modelo



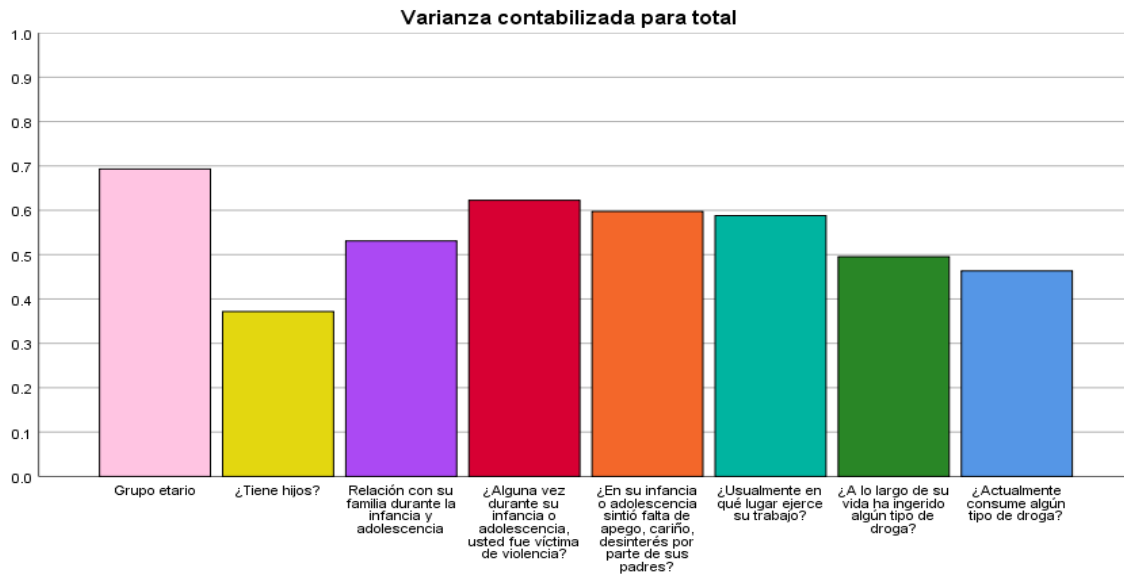
Una vez obtenidas las variables más representativas de la encuesta es necesario correr nuevamente el modelo para conocer si existe alguna característica/variable que tenga algún tipo de colinealidad y forme parte de los componentes iniciales, obteniendo los siguientes resultados.

TABLA 1. Modelo
Resumen del modelo

Dimensión	Alfa de Cronbach	Varianza contabilizada para Total (autovalor)
1	0.703	2.598
2	0.495	1.763
Total	.881a	4.362

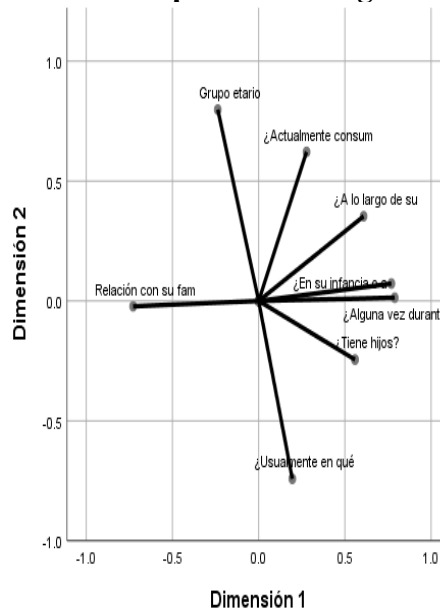
a. Se utiliza el total de alfa de Cronbach en el autovalor total.

Como se puede observar el modelo es bueno, además se tiene una buena explicación por parte de sus varianzas con el uso de las variables identificadas anteriormente.



Si consideramos la saturación de componentes se obtendrá un gráfico mucho más limpio, como se muestra a continuación:

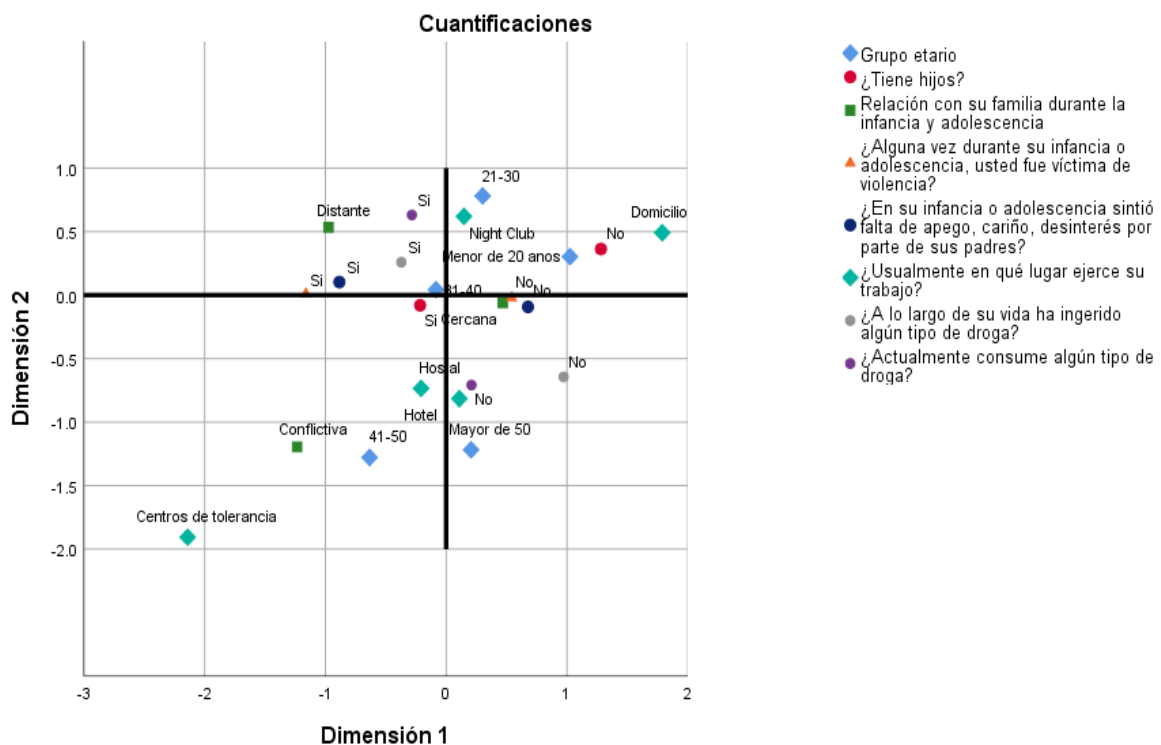
Saturación de componentes – Segundo modelo



Luego de identificar los componentes de interés es necesario conocer cómo se comportan las categorías en cada una de las variables y la interacción que estas tienen entre sí.

Para esto se utiliza el estadístico de homogeneidad denominado HOMALS con el cual se puede identificar la homogeneidad que cada atributo presenta con las ocho variables escogidas.

Al realizar el análisis de la homogeneidad de variables es posible obtener diferentes conclusiones acordes a lo que hayan respondido en las diferentes encuestas, así:



Aquellas personas que realizan la actividad de la prostitución en su domicilio no tienen hijos, lo cual facilita realizar esta actividad.

Las personas cuyo lugar para prostituirse es un night club son menores a 30 años de edad, es decir son personas jóvenes.

Si una de las personas que actualmente se prostituye en su infancia o adolescencia tuvo una relación distante con su familia es más probable que haya sufrido de violencia y haber sentido una falta de apego, cariño o desinterés por parte de sus padres, además de influir en que haya ingerido algún tipo de droga o incluso la consume actualmente.

Es más probable que las personas mayores a 41 años utilicen hostales u hoteles para ejercer su trabajo en la prostitución, además de tener menos probabilidad de consumir actualmente algún tipo de droga.

Aquellas personas cuya relación con su familia haya sido conflictiva utilizan centros de tolerancia como lugares para ejercer su oficio.

La probabilidad de que una persona consuma actualmente algún tipo de droga se reduce drásticamente si a lo largo de su vida no ha ingerido ningún tipo de droga.

Las personas que ejercen el oficio de la prostitución en su mayoría (88,7%) tienen un nivel de educación igual o inferior al bachillerato, por consecuencia el restante 11,3% tienen un nivel de estudios equivalente a superior.

Aquellas personas que mencionaron que su relación fue cercana con su familia en su infancia y adolescencia señalaron no haber sufrido de violencia o haber sentido falta de apego, cariño o interés por parte de sus padres.

Finalmente se puede decir que las trabajadoras sexuales forman parte de un grupo vulnerable de la sociedad, que por su condición de exclusión, discriminación y desigual social no tienen el amparo integral y tampoco la protección de sus derechos. El consumo de sustancias genera alteración en los procesos mentales como la percepción, el pensamiento y los estados de ánimo. El uso temprano de sustancias estupefacientes conjuntamente con factores socioeconómicos, afectivos y psicosociales, determinan el desenvolvimiento de los encuestados, también determina el desarrollo académico como psicológico. Todos estos factores más la falta de accesibilidad de puestos laborales y la pobreza dan la apertura a que se inicien en la prostitución. El tipo de violencia más frecuente en este grupo es la sexual, seguida por la violencia física, psicológica, verbales y finalmente patrimonial/económica. Esto indica que las trabajadoras sexuales son violentadas dando como resultado una predisposición a ejercer esta actividad.

3.7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para la obtención de los resultados se comenzará por la obtención de las frecuencias absolutas y porcentajes de todas las variables cualitativas. Posteriormente se obtendrá la relación entre las variables del consumo de drogas con las variables sociodemográficas utilizando el método Chi cuadrado de Pearson con un nivel de confianza del 95% ($p < 0.05$).

En el caso de encontrar variables estadísticamente significativas se obtendrá el tamaño del efecto de la relación a través del método V de Cramer con los siguientes puntos de corte 0-0.2 sin efecto, 0.21-0.4 efecto leve, 0.41-0.6 efecto moderado y >0.61 efecto alto. Todos los análisis se realizarán utilizando el programa estadístico R Studio.

Para una mejor comprensión de los resultados se han creado tablas individuales por cada variable asociada al consumo de drogas. Para la primera variable *consumo de droga*, cómo se puede observar en la Tabla 1, se encontró que la única variable que presenta una relación estadísticamente significativa es la falta de apego o cariño durante la infancia o adolescencia ($X^2 = 9.77, p=0.02$) presentando un tamaño del efecto leve ($V_{Cramer} = 0.33$). Esta variable actúa como un factor de riesgo aumentado la probabilidad de consumir drogas cuando ha existido falta de apego, cariño o desinterés por parte de los padres, durante la infancia o adolescencia, cómo se puede ver en la Tabla 2 el número de personas que ha ingerido a lo largo de su vida algún tipo de drogas y ha sentido un vacío emocional relacionada con la variable descrita, es mucho mayor al valor esperado.

TABLA 1. Relaciones Consumo de droga

VARIABLES	X^2	gl	Valor p
Estructura familiar de origen	4.22	3	0.239
Relaciones familiares durante la infancia y adolescencia	4.51	2	0.104
Tipo de violencia recibida durante la infancia y adolescencia	7.79	4	0.099
Consumo de drogas en el sistema familiar	0.07	1	0.797
Tipo de droga de mayor consumo en la familia	5.21	3	0.157
Falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres durante la infancia o adolescencia	9.77	1	0.002
Lugar de trabajo	2.39	4	0.665
VARIABLES	<i>T</i>	<i>gl</i>	Valor p
Edad de inicio del consumo de drogas	0.87	32	0.39

Nota: X^2 =Chicadrado, *gl*=gradosdelibertad

TABLA 2. Tablas cruzadas

		¿En su infancia o adolescencia sintió falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres?	
¿A lo largo de su vida ha ingerido algún tipo de droga?		NO	SI
NO		22 (14.55)	5 (12.44)
SI		33 (40.44)	42 (34.55)

En cuanto a la variable tipo de drogas cómo se puede observar en la Tabla 3 no se encontró ninguna variable que tuviera una relación estadísticamente significativa. Se teoriza que esto se puede deber a dos factores, primero la vergüenza que puede suscitar el admitir consumir drogas ilegales lo cual causa que este grupo se vea infrarrepresentado, esto se pudo observar al momento de aplicar la encuesta ya que existió resistencia por parte de la población encuestada a responder dicha pregunta. Por otro lado la normalización del consumo de alcohol en nuestra cultura lo que hace que por su parte este grupo se encuentre sobre representado, la ingesta de alcohol se relaciona mucho con la aceptación social y cultural que representa ésta droga legal ya que se asocia con la facilidad para establecer relaciones interpersonales, además con las fiestas populares, religiosas y celebraciones en general, lo cual incrementa su consumo y podría posteriormente convertirse en un factor de riesgo derivado de problemas personales, familiares y sociales en conjunción con una posible dependencia.

TABLA 3. Tipo de droga que consume

Variab les	X²	gl	Valor p
Estructura familiar de origen	1.56	3	0.667
Relaciones familiares durante la infancia y adolescencia	2.01	2	0.367
Tipo de violencia recibida durante la infancia y adolescencia	1.789	4	0.77
Consumo de drogas en el sistema familiar	<0.001	1	0.99
Tipo de droga de mayor consumo en la familia	3.13	3	0.372
Falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres durante la infancia o adolescencia	0.11	1	0.737
Lugar de trabajo	0.02	1	0.887
Búsqueda de ayuda ante el consumo	2.25	2	0.32
Variables	F	gl	Valor p
Edad de inicio del consumo de drogas	1.27	32	0.213

Nota: X²=Chic cuadrado,gl=grados de libertad,F=Valor F

La variable frecuencia de consumo presenta relaciones estadísticamente significativas con las variables: Estructura de familia de origen ($X^2 = 8.25, p=0.04$), relación con su familia durante la infancia y adolescencia ($X^2 = 24.26, p<0.001$), tipo de violencia que sufrió ($X^2 = 50.99, p<0.001$), tipo de droga que consumía su familia ($X^2 = 59.88, p<0.001$) y ausencia de afecto ($X^2 = 18.55, p<0.001$). El resto de las variables cómo se puede observar en la Tabla 4 no presenta una relación estadísticamente significativa. Es importante tomar en cuenta los factores descritos ya que podrían considerarse como factores de riesgo en relación a la frecuencia del consumo de drogas, algunas de estas condiciones como se hizo mención a lo largo de los capítulos anteriores, podrían favorecer la adquisición de conductas negativas, consideradas así desde los preceptos sociales impuestos, así como también por la estigma y discriminación hacia las personas consumidoras.

TABLA 4. Frecuencia de consumo

VARIABLES	X^2	gl	Valor p
Estructura familiar de origen	8.25	3	0.04
Relaciones familiares durante la infancia y adolescencia	24.26	2	<0.001
Tipo de violencia recibida durante la infancia y adolescencia	50.99	4	<0.001
Consumo de drogas en el sistema familiar	1.72	1	0.189
Tipo de droga de mayor consumo en la familia	59.88	3	<0.001
Falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres durante la infancia o adolescencia	18.55	1	<0.001
Lugar de trabajo	<0.01	1	0.99
Búsqueda de ayuda ante el consumo	2.583	2	0.275
Variables	F	gl	Valor p
Edad de inicio del consumo de drogas	-0.91	47	0.369

Nota: X^2 =Chic cuadrado, gl=grados de libertad

La relación entre frecuencia de consumo y estructura de familia de origen tiene un efecto leve ($V_{Cramer} = 0.28$). Al analizar los valores observados y esperados de las tablas cruzadas (Tabla 5) se observa que existe un mayor consumo en personas que vienen de familias donde ambos padres están presentes mientras que en las monoparentales se encuentra un menor consumo de sustancias, cabe recalcar que esta muestra está constituida por personas que presentan un consumo de drogas. Con esta información se infiere que pese a que las trabajadoras sexuales provienen de hogares conformados por ambos padres, es importante considerar cuál fue la dinámica, así como también la estructura familiar: roles, funciones, establecimiento de reglas, relaciones afectivas que existieron entre los integrantes de la familia, entre otros componentes, ya que éstos podrían considerarse como factores de riesgo ante la frecuencia del consumo de drogas como se puede observar en los resultados presentes a continuación.

TABLA 5. Tablas cruzadas

¿Con qué frecuencia consumía?	Estructura familia de origen			
	Ambos padres	Otros familiares	Monoparental	Reestructurada
Frecuentemente	23(17)	5(4)	7 (12)	1(2)
Ocasionalmente	30(36)	8(9)	29(24)	5 (4)

La correlación entre frecuencia de consumo en relación con la estructura de la familia de origen, tiene un efecto moderado ($V_{\text{Cramer}} = 0.47$). Al analizar los valores observados y esperados de las tablas cruzadas (Tabla 6) se observa que existe un mayor consumo de drogas en personas que definen como conflictiva la relación con sus padres o figuras parentales durante la infancia o adolescencia, lo cual también se constituye como un factor de riesgo.

TABLA 6. Tablas cruzadas

¿Con qué frecuencia consumía?	Relación con su familia durante la infancia y adolescencia		
	Cercana	Conflictiva	Distante
Frecuentemente	26(25)	9 (3)	2 (8)
Ocasionalmente	47(48)	0 (6)	22 (16)

La correlación entre frecuencia de consumo y el tipo de violencia expuesta durante la etapa de la infancia y adolescencia, tiene un efecto alto ($V_{\text{Cramer}} = 0.68$). Al analizar los valores observados y esperados de las tablas cruzadas (Tabla 7) se observa que existe un mayor consumo de drogas en personas que fueron víctimas de violencia sexual, esto se puede deber al efecto psicológico y emocional que representa este hecho en la vida de la persona, lo cual acarrea un sufrimiento psíquico que repercute en distintos ámbitos: afectivo, emocional, sexual, así como también en el ámbito del consumo de drogas, ya que esta condición se torna en un factor de riesgo y vulnerabilidad.

TABLA 7. Tablas cruzadas

¿Con qué frecuencia consumía?	Tipo de violencia				
	Física	Psicológica	Sexual	Verbal	Todos
Frecuentemente	2(11)	0(4)	27(12)	0(4)	8(5)
Ocasionalmente	30 (21)	13(9)	10(25)	12(8)	8(11)

La relación entre frecuencia de consumo y el tipo de droga consumida por algún miembro de la familia, tiene un efecto alto ($V_{\text{Cramer}} = 0.77$). Al analizar los valores observados y esperados de las tablas cruzadas (Tabla 8) se observa que existe un mayor consumo de drogas en personas que durante su infancia y adolescencia convivieron con familiares que ingerían alcohol y tabaco, considerando que son las dos drogas legales de mayor consumo comercial, así como también cuenta con la acepción y aprobación social.

TABLA 8. Tablas cruzadas

¿Con qué frecuencia consumía?	Tipo de droga consumida por familia			
	Alcohol	Cocaína	Marihuana	Tabaco
Frecuentemente	25(13)	0 (5)	0 (13)	12 (5)
Ocasionalmente	11(23)	14 (9)	36 (23)	2 (9)

La relación entre frecuencia de consumo y la falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres o figuras parentales, tiene un efecto moderado ($V_{\text{Cramer}} = 0.43$). Al analizar los valores observados y esperados de las tablas cruzadas (Tabla 9) se observa que existe un mayor consumo de drogas en personas que durante su infancia y adolescencia sintieron poco cariño, interés o apego por parte de sus padres o figuras parentales, esto se constituye como un factor de riesgo ya que al sentir que no hubo vínculos familiares que den sostenimiento a la persona, se genera en él o ella inseguridad, baja autoestima y por ende estos componentes pueden impulsar conductas no deseadas, motivadas por sus pares o allegados con quienes se identifiquen.

TABLA 9. Tablas cruzadas

¿En su infancia o adolescencia sintió falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres?		
¿Con qué frecuencia consumía?	No	Si
Frecuentemente	10 (21)	27(16)
Ocasionalmente	52 (41)	22 (31)

Para la variable búsqueda de ayuda, cómo se puede observar en la Tabla 10 se encontró que la única variable que presenta una relación estadísticamente significativa es la relación de la persona con quién consume ($\chi^2=10.32$, $p=0.035$). Siendo el grupo más numeroso quienes consumen drogas con los clientes en las encuestas realizadas y el análisis descriptivo de datos mencionados anteriormente los y las trabajadoras sexuales mencionaron que el consumo de algún tipo de droga lo realizan en su mayoría en compañía del cliente ya que esto permite obtener un beneficio económico adicional al que ganan exclusivamente por el trabajo sexual.

TABLA 10. Búsqueda de ayuda ante el consumo

VARIABLES	X²	gl	Valor p
Estructura familiar de origen	8.99	6	0.174
Relaciones familiares durante la infancia y adolescencia	1.65	4	0.8
Tipo de violencia recibida durante la infancia y adolescencia	8.37	8	0.398
Consumo de drogas en el sistema familiar	0.02	2	0.989
Tipo de droga de mayor consumo en la familia	4.33	6	0.632
Falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres durante la infancia o adolescencia	2.72	2	0.256
Lugar de trabajo	0.34	2	0.843
Relación entre la trabajadora sexual y la persona con quién consume	10.316	4	0.035
Variables	F	gl	Valor p
Edad de inicio del consumo de drogas	0.78	2	0.472

Nota: X²=Chicadrado,gl=gradosdelibertad

El nexo entre la búsqueda de ayuda y la relación de la persona con quién consume, tiene un efecto moderado ($V_{\text{Cramer}} = 0.37$). Al analizar los valores observados y esperados de las tablas cruzadas (Tabla 11) se evidencia que las trabajadoras sexuales que no desean buscar ayuda son aquellas que consumen con el cliente ya que consideran que su consumo es ocasional y netamente se relaciona a su trabajo y ambiente laboral. Así también es importante considerar que aquellas personas que consumen drogas y contestaron que han buscado ayuda ha sido por motivación de los amigos.

TABLA 11. Tablas cruzadas

Ha buscado ayuda	Con quién consume		
	Amigos	Clientes	Solo
No, quise	3(3)	16(13)	2(5)
No posibilidad	0(2)	5 (6)	4(2)
Si	3 (1)	2 (4)	2(1)

Para la variable relación de la persona con quién consume, cómo se puede observar en la Tabla 12 se encontró que las variables que muestran una relación estadísticamente significativa son: Relaciones familiares ($\chi^2=10.62, p=0.03$), tipo de violencia ($\chi^2=19.88, p=0.01$) y falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres durante la infancia y adolescencia ($\chi^2=17.86, p<0.01$). Estas condiciones pueden considerarse como factores de riesgo ya que tienen un efecto significativo a nivel psicológico y emocional para la persona, lo cual fomenta el consumo de algún tipo de droga que en su mayoría lo realizan en compañía del cliente, motivado por el entorno laboral donde ejercen su profesión.

TABLA 12. Relación con quien consume

VARIABLES	X²	gl	Valor p
Estructura familiar de origen	5.25	6	0.512
Relaciones familiares durante la infancia y adolescencia	10.62	4	0.031
Tipo de violencia recibida durante la infancia y adolescencia	19.88	8	0.011
Consumo de drogas en el sistema familiar	1.33	2	0.514
Falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres durante la infancia o adolescencia	17.86	2	<0.001
Lugar de trabajo	1.8	2	0.405
Variables	F	gl	Valor p
Edad de inicio del consumo de drogas	1.87	2	0.17

Nota: X²=Chicadrado,gl=gradosdelibertad

El nexo entre relación de la persona con quién consume con el tipo de violencia que sufrió en la infancia o adolescencia, tiene un efecto moderado ($V_{Cramer} = 0.41$). Al analizar los valores observados y esperados de las tablas cruzadas (Tabla 13) se observa que quienes fueron víctimas de violencia física tienden a tener un mayor consumo de algún tipo de droga cuando están solos o con amigos. Mientras que quienes han sufrido de violencia sexual y psicológica en el período de su infancia o adolescencia son más propensos a consumir drogas con los clientes durante su jornada laboral, esto puede deberse a la repercusión psíquica y emocional que estas condiciones representan en la vida de la persona.

TABLA 13. Tablas cruzadas

Con quién consume	Tipo de violencia				
	Física	Psicológica	Sexual	Verbal	Todos
Amigos	8 (4)	0 (2)	3 (6)	1(1)	3 (2)
Clientes	2 (8)	8 (5)	17 (13)	1(1)	4 (4)
Solo	5 (3)	1 (2)	3 (4)	1 (1)	1 (2)

La conexión que existe entre la persona con quién consume y las relaciones familiares durante la infancia o adolescencia, tiene un efecto leve ($V_{\text{Cramer}} = 0.31$). Al analizar los valores observados y esperados de las tablas cruzadas (Tabla 14) se observa que las personas con una relación cercana tienen mayor predisposición a consumir drogas con sus amigos, mientras que aquellos que tuvieron una relación distante tienden a tener un mayor consumo con los clientes esto puede deberse a que al no sentir afecto por parte de sus familiares cercanos, establecen vínculos inseguros e inestables en sus relaciones sociales y afectivas, considerándose como un factor de riesgo.

TABLA 14. Tablas cruzadas

Con quién consume	Relación con su familia durante la infancia y adolescencia		
	Cercana	Conflictiva	Distante
Amigos	12 (8)	1 (2)	2 (5)
Clientes	11 (17)	6 (5)	14 (9)
Solo	7 (5)	1 (1)	1 (3)

La relación de la persona con quién consume con la variable: en su infancia o adolescencia sintió falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres tiene un efecto moderado ($V_{\text{Cramer}} = 0.55$). Al analizar los valores observados y esperados de las tablas cruzadas (Tabla 15) se observa que aquellos que sintieron falta de apego tienden a presentar

un mayor consumo con los clientes de lo esperado, además este número es superior al de las personas con la misma condición que consumen con los amigos, es decir parece ser que la falta de apego lleva a un mayor consumo de drogas con los clientes, esto se puede deber a factores individuales, entre éstos la personalidad, mismas que se estructuran desde el contexto familiar, al no existir vínculos seguros puede provocar baja autoestima, inseguridad, inestabilidad emocional, temores y por ende mayor vulnerabilidad ante ciertas situaciones y relacionado a ésta el consumo de drogas.

TABLA 15. Tablas cruzadas

Con quién consume	¿En su infancia o adolescencia sintió falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres?	
	No	Si
Amigos	12 (7)	3 (7)
Clientes	8 (16)	24 (16)
Solo	9 (6)	2 (6)

En cuanto a la variable beneficio económico si consume algún tipo de droga con el cliente, cómo se puede observar en la Tabla 16 no se encontró ninguna variable que tuviera una relación estadísticamente significativa. Se teoriza que esto se puede deberse a que las variables descritas no tienen una relación directa con el beneficio económico que perciben las trabajadoras sexuales.

TABLA 16. Beneficio económico si consume con cliente

VARIABLES	X²	gl	Valor p
Estructura familiar de origen	0.68	3	0.877
Relaciones familiares durante la infancia y adolescencia	0.16	2	0.922
Tipo de violencia recibida durante la infancia y adolescencia	4.01	4	0.404
Consumo de drogas en el sistema familiar	0.64	1	0.424
Tipo de drogas que consumían en el sistema familiar	2.62	3	0.453
Falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres durante la infancia o adolescencia	<0.001	1	0.99
Lugar de trabajo	5.2	4	0.267
Búsqueda de ayuda profesional ante el consumo	0.58	2	0.746
Variables	F	gl	Valor p
Edad de inicio del consumo de drogas	-0.46	8	0.66

Nota: X²=Chicadrado,gl=gradosdelibertad

CONCLUSIONES

- Las personas que mencionaron sentir falta de cariño, apego, desinterés por parte de sus padres o figuras parentales en su infancia o adolescencia, tienen mayor probabilidad de ingerir algún tipo de droga a lo largo de su vida, éste se constituye como un factor de riesgo ya que la ausencia de lazos familiares y el rechazo de quienes asumen un rol parental, repercute emocionalmente en la persona aumentando la posibilidad de replicar conductas negativas.
- La población encuestada que mencionó provenir de un hogar conformado por ambos padres tiene mayor probabilidad de consumir drogas, mientras que aquellas personas que devienen de hogares monoparentales presentan un menor consumo, esto puede deberse a la estructura y dinámica de la familia en relación al afecto, establecimiento de reglas y normas en el hogar, confianza y roles que cumple cada miembro de la familia, ya que esas condiciones favorecen o limitan el aprendizaje de conductas no aprobadas socialmente, tornándose en factores protectores o de riesgo.
- Las trabajadoras sexuales que definen la relación con su familia de origen como conflictiva presentan un mayor riesgo de consumir drogas, ya que el alta conflictiva familiar provoca tensión en el hogar, además de inseguridad, baja autoestima y poca confianza en el individuo, considerándose como factores de riesgo ante el consumo de drogas.
- Aquellas personas que sufrieron violencia sexual en su infancia o adolescencia presentan una mayor posibilidad de consumir drogas, esto se puede deber al efecto psicológico y emocional que representa este hecho en la vida de la persona, lo cual acarrea un sufrimiento psíquico que repercute en distintos ámbitos afectivos, lo cual se torna como una condición de riesgo y vulnerabilidad.
- Las personas que convivieron con algún familiar que ingería alcohol y tabaco presentan un alto consumo de drogas, este es un factor de riesgo ya que la familia es el ejemplo que un individuo replica en las demás áreas donde se desenvuelve, esto también se asocia a la actitud favorable hacia el consumo que promueva la misma.
- Se evidencia un consumo ocasional mayor en personas que durante su infancia o adolescencia sintieron falta de cariño, apego, desinterés por parte de sus padres o figuras parentales, esto puede relacionarse con una necesidad individual y psicológica

de llenar un vacío emocional como consecuencia de la ausencia de los lazos familiares.

- Las trabajadoras sexuales que consumen drogas con el cliente no desean buscar ayuda, ya que manifiestan que es ocasional, esto se asocia al factor económico presente en esta dinámica, mismo que se efectúa en el lugar de trabajo.
- Las personas que sufrieron de violencia física en su infancia o adolescencia tienen mayor probabilidad de consumir drogas cuando están solas o con amigos, éste se constituye como un factor de riesgo ya que el grupo de pares puede influenciar en el consumo de drogas por la sensación de pertenencia, identificación y reconocimiento que éste aporta en el individuo.
- Aquellas personas que fueron víctimas de violencia sexual y psicológica en su infancia o adolescencia son más propensas a consumir drogas con los clientes durante la jornada laboral, esto se puede deber a que al ingerir alguna droga legal o ilegal se reducen los niveles de conciencia lo que favorece el acto sexual y por ende pensamientos que pudieran estar asociados al evento traumático que surjan en ese momento.
- Las trabajadoras sexuales que definieron haber tenido una relación cercana con su familia en la infancia y adolescencia tienen mayor predisposición a consumir drogas con sus amigos, mientras que aquellas que tuvieron una relación distante presentan un mayor consumo con el cliente. Ante esto se puede decir que al existir una buena relación familiar podrían sentir mayor seguridad al consumir con los amigos, mientras que relacionado con la inseguridad que provocó la ausencia de apego por parte de las figuras parentales, se torna como un factor de riesgo y vulnerabilidad para consumir más con el cliente.
- La población encuestada que menciona sintió falta de apego, cariño, desinterés por parte de los padres o figuras parentales tienen una mayor posibilidad de consumir drogas con el cliente, esto asociado a la inseguridad, baja autoestima, que acarrea la ausencia de los vínculos parentales que se considera como factor de riesgo para ingerir drogas con el cliente.
- Los resultados de las correlaciones obtenidas, demuestran que la variable más representativa para el consumo de drogas actual en las trabajadoras sexuales es la falta

de apego, cariño, desinterés por parte de los padres o figuras parentales en la etapa de la infancia y adolescencia, esta condición afectiva ha repercutido emocionalmente en la población encuestada, tornándose como un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de experimentar o perpetuar un consumo de drogas.

- De acuerdo al nivel de preparación académica se puede evidenciar que existe un gran número de personas que tiene educación básica (primaria) y seguido por un menor número que han cursado el bachillerato. Solo el 10.91% tiene preparación de tercer nivel. Esto evidentemente merma las oportunidades laborales de este grupo para acceder de forma digna y con oportunidades que permitan el desarrollo en condiciones adecuadas. La pobreza y la falta de accesibilidad son factores que limitan las oportunidades de prepararse académicamente.
- El desempleo, la falta de oportunidades laborales, además de las condiciones socioeconómicas, son causas para ejercer el trabajo sexual, ante esto, la mayoría de las encuestadas mencionaron ser el sustento económico para su hogar, el 61,82% indicaron esta respuesta. El desempleo ocupa el segundo lugar con 27,27%.
- Por otra parte, el tipo de violencia más frecuente en este grupo es la sexual con el 33,3%, seguida por la violencia física, psicológica, verbal, patrimonial/económica que corresponde al 21,21 %. Lo cual, indica que las trabajadoras sexuales fueron violentadas de alguna forma a lo largo de su vida, siendo una de las primeras causas la violencia sexual lo cual podría considerarse como un factor de riesgo para el ejercicio de su profesión actual.
- En cuanto al nivel de consumo, en el entorno familiar, las trabajadoras sexuales afirmaron que en un 45% consumen algún tipo de drogas. De entre estas drogas, el alcohol tiene un 46% y la marihuana tiene un 22%. Lo cual, indica la predisposición de consumo a las sustancias psicotrópicas legales como el alcohol y el tabaco.
- Es importante recalcar que existió resistencia por parte de la población encuestada a responder si consumían otro tipo de drogas, esto pudo deberse al contexto en donde se realizó la misma, que fue en las instalaciones del Centro de Salud Centro Histórico.

RECOMENDACIONES

- Tratar con este grupo vulnerable requiere de la participación de un sistema de salud pública eficiente compuesto por varios profesionales de la salud para garantizar la atención integral y oportuna en las trabajadoras sexuales.
- Es importante que el marco jurídico se enmarca en pro de los derechos de este grupo vulnerable y se les otorguen derechos laborales adecuados para que no exista la necesidad de que varias de las trabajadoras sexuales ejerzan esta actividad de manera clandestina y sin regulación.
- La regulación del uso y tenencias de drogas no debe ser enfrentado con un enfoque punitivo sino preventivo que permita a estos grupos tener posibilidades de desarrollarse de manera positiva para el desarrollo del entorno socio cultural y psicológico. Es importante generar políticas públicas que faculden con mayores recursos para las actividades desarrolladas por el centro de salud del Centro Histórico. De tal manera que se permitan mejorar el estilo de vida de las trabajadoras sexuales.
- Es de vital importancia planificar un plan integral de prevención de drogas en trabajadoras sexuales para prevenir problemas de salud, así como también garantizar que exista un espacio físico público en donde las personas puedan acudir para recibir información relacionado a este tema.
- El estado como ente competente debe priorizar a grupos vulnerables garantizando condiciones adecuadas a través de capacitaciones y recursos para que su actividad no sea ilícita y provoque otros efectos indeseables como es el tráfico de drogas y de personas.
- El consumo de drogas es aún estigmatizado por la sociedad por lo cual no se pudo obtener información valiosa dentro de este ámbito, ante eso es importante realizar una investigación a nivel nacional que involucre estos dos problemas considerados de salud pública, para que por parte del estado se plantee y ejecute planes de intervención social oportunas.
- Investigar acerca de las diferencias que existe entre el trabajo sexual de la calle y el trabajo sexual prepago, relacionado al consumo de drogas en estos grupos ya que en esta investigación solo se hizo referencia al primero.

BIBLIOGRAFÍA

- Agoston, T. (1945). Some Psychological Aspects of Prostitution: The Pseudo-Personality. *Psycho-Anal*, 26, 62-67.
- Alcívar, C., Aguirre, S., & Calderón, J. (diciembre de 2015). La prostitución ¿un acto inmoral, o justo derecho? (Ecuador). *Contribuciones a las Ciencias Sociales*.
- Álvarez, S., & Sandoval, M. (2013). *EL trabajo sexual en el Centro Histórico de Quito*. Quito: Instituto de la Ciudad.
- American Psychiatric Association, Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., y otros. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Academia Europea de Pacientes. (2015). Factores de riesgo en la salud y la enfermedad. Recuperado el 19 de abril de 2020, de Sitio Web de Academia Europea de Pacientes: <https://www.eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/factores-de-riesgo-en-la-salud-y-la-enfermedad/>
- Apud, I., & Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 115-125.
- Art. 1, Reglamento control de establecimientos donde ejerce trabajo sexual, Quito, Ecuador, 2014.
- Artículo 32, Registro Oficial del Ecuador, Quito, Ecuador, 20 de octubre de 2008.
- Artículo 32, Constitución de la República del Ecuador, Montecristi, Ecuador, 2008.
- Artículo 64, Constitución de la República del Ecuador, Montecristi, Ecuador, 2008.
- Asamblea General de la ONU. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos (217 [III] A)*. París.
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad*. Quito, Ecuador: Editorial Unigraf.
- Balarezo, L. (2011). *Orígenes y desarrollo del modelo integrativo focalizado en la personalidad*. Recuperado el 25 de febrero de 2018, de Sitio Web de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina: <https://www.apra.org.ar/pdf/modelo-integrativo-de-psicoterapia-focalizado-en-la-personalidad.pdf>
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias* (1ª ed., 3ª imp. ed.). Barcelona: Paidós.

- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 35(4), 320.
- Besthorn, F. (2003). Radical Ecologisms: Insights for Educating Social Workers in Ecological Activism and Social Justice. *Critical Social Work*, 4(1).
- Besthorn, F. (2008). The Environmental Restoration Movement as an Issue of Justice. (K. Van Wormer, Ed.) *Restorative justice: across the East and the West*, 205-227.
- Besthorn, F., & McMillen, D. (2002). The oppression of women and nature: Ecofeminism as a framework for an expanded ecological social work. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 83(3), 221-232.
- Betancourth, Z. (2010). *Las paradojas de la explotación sexual. Estudio de caso: Centro Histórico de Quito (Ecuador)*. Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO Ecuador.
- Blanco, C., & Moreno, P. (2007). *Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad (P) de Millon (M)*. Obtenido de Sitio Web de Psiquiatría: <https://bit.ly/39LjLnh>
- Braganza, E. (n.d.). *El alcoholismo, un gran problema en Ecuador*. Universidad de Las Américas. Retrieved April 5, 2021, from <https://www.udla.edu.ec/2017/10/01/el-alcoholismo-un-gran-problema-en-ecuador/>
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental psychology*, 22(6), 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (2009). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Brufao, P. (2011). *Las miserias del sexo, prostitución y políticas públicas*. Madrid: Fundación Alternativas.
- Caballero, L. (2005). *Adicción a cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España.
- Castillero, O. (2016). La teoría de la personalidad de Gordon Allport. *Psicología y Mente*.
- Castillo, M. (2015). *Tutela jurídica para las y los trabajadores sexuales en Ecuador. Propuesta de elementos jurídicos que debe contener un proyecto de ley*. Quito: UDLA.
- Castro, M. (1997). *Chimalli: Modelo preventivo de riesgos psicosociales en la adolescencia*. México: Pax.

- Clarín Digital. (2017). Droga y adolescentes de la experimentación a la adicción. Recuperado el 18 de abril de 2014, de Sitio Web de Clarín Digital: https://www.clarin.com/buena-vida/salud/experimentacion-adiccion_0_rk_fDH6Nb.html
- Centro de Salud Centro Histórico. (2012). *Diagnóstico Institucional Área 1*. Quito. Ecuador.
- Código Orgánico Integral Penal (COIP), Registro Oficial del Ecuador suplemento 180, Quito, Ecuador, 2014.
- Consejería de Educación y Cultura. Secretaría Sectorial de Educación. Subdirección General de Personal. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales - Región de Murcia. (2004). *Prevención de Riesgos Específicos en Centros Educativos*. Recuperado el 25 de febrero de 2018, de Sitio Web de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia: <https://bit.ly/2V3ZkOk>
- Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas CONSEP. (1998). *Proyecto de Manual de Normas de Atención para Instituciones Públicas y Privadas de Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social de personas con abuso o dependencia de las drogas*. Quito.
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Registro Oficial del Ecuador, Quito, Ecuador, 20 de octubre de 2008.
- Cooper, J. (2016). *The Job of Sex: The social and economic role of prostitutes in ancient Mesopotamia*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Coy, M. (2008). Young women, local authority care and selling sex: findings from research. *British journal of social work*, 38(7), 1408-1424.
- Cuervo, M., & Martínez, J. (2013). Descripción y caracterización del Ciclo de Violencia que surge en la relación de pareja. *Revista Tesis Psicológica*, 80-88.
- Dalla, R. (2002). Night moves: A qualitative investigation of street-level sex work. *Psychology of Women Quarterly*, 26(1), 63-73.
- Dento, R. & Kampfe, C. (1994). The relationship between family variables and adolescent substance abuse: literature review. *Adolescence*, 29, 114, 475-495.
- Diario El Telégrafo. (8 de febrero de 2015). *El 81% de las 55 mil trabajadoras sexuales en Ecuador son madres*. Obtenido de Sitio Web de El Telégrafo: <https://www.eltelgrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/el-81-de-las-55-mil-trabajadoras-sexuales-en-ecuador-son-madres>
- Díaz, K. & Amaya, M. (2012). Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes. Recuperado el 14 de mayo de 2020, de sitio

web de Universidad Nacional de Colombia:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/39862/41790>

- Díaz, S., Pérez, J., Hermida, J., Crespo, J., Villa, R., & Rodríguez, O. (2009). El colegio y los factores de riesgo familiar en la asistencia a programas de prevención familiar del consumo de drogas. *Adicciones*, 21(1), 39-48.
- Diccionario Etimológico. (5 de septiembre de 2019). *Etimología de ADICTO*. Obtenido de Diccionario Etimológico: <http://etimologias.dechile.net/?adicto>
- El Comercio. (31 de julio de 2014). Ecuador presenta el primer Plan Nacional de Salud Mental. *El Comercio*.
- Escalante, G. (2004). Autoestima y diferenciación personal. *Revista Centro de Investigaciones Psicológicas*. Universidad de los Andes, 1-13. Recuperado el 12 de mayo de 2020, de Sitio web <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/38156/autoestima.pdf;jsessionid=C186BB47B474F4D73CE9832D3EE5E7CA?sequence=1>
- Farley, M. (2006). Prostitution, trafficking, and cultural amnesia: What we must not know in order to keep the business of sexual exploitation running smoothly. *Yale Journal of Law & Feminism*, 18, 109.
- Fraile, C., Pereira, N., & Carvalho, A. (2004). Consumo de drogas lícitas e ilícitas en escolares y factores de protección y riesgo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(SPE), 345-351.
- Ferree, M. (2010). Filling the glass: Gender perspectives on families. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 420-439.
- Freire, P. (1997) *La educación como práctica de libertad*. Buenos Aires: Siglo XXI, 28
- Foucault, M. (1986). *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber (Ulises Guiñazú, trad.)*. México: Siglo XXI (obra original publicada en 1976).
- Foucault, M. (1988). *Nietzsche, la genealogía, la historia (original: Nietzsche, la généalogie, l'histoire, 1971)*. Valencia: Pre-Textos.
- Foucault, M., & Chomsky, N. (1971). *La naturaleza humana: justicia versus poder, un debate*. (L. Livchits, Trad.) Buenos Aires: Katz, 2006.
- Fundación AMIGÓ. (2008). *Autoconcepto y autoestima*. Valencia.
- Fundación Gedeón.(2015). *Cultura: Valores, Creencias, Actitudes, Conductas*. Recuperado el 19 de abril de 2020, de Sitio Web de Fundación Gedeón: <http://gedeon.org.gt/es/blog/cultura-valores-creencias-actitudes-conductas/>

- Garzón, P. (2018). Factores de riesgo psicosociales y la autoestima en los adolescentes de la unidad educativa “Toacazo” de la ciudad de Latacunga. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Hardiker, P., Exton, K., & Barker, M. (1991). *Policies and Practices in Preventive Child Care*. Aldershot.
- Healy, K. (2005). *Social Work Theories in Context: A Critical Introduction*. Palgrave Macmillan.
- Jesuit Social Services. (2009). *Jesuit Social Services: Working Cross Culturally. Strong Bonds: Building Family Connections*. Recuperado el 4 de diciembre de 2019, de Sitio web de Jesuit Social Services: <http://www.strongbonds.jss.org.au/workers/cultures/default.html>
- Kennedy, M., Klein, C., Bristowe, J., Cooper, B., & Yuille, J. (2007). Routes of recruitment: Pimps' techniques and other circumstances that lead to street prostitution. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 15(2), 1-19.
- Laespada, T., Iraurgi, I., & Aróstegi, E. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias de la Universidad de Deusto.
- Lema, L. (2014). *Las políticas públicas en la trata de personas y la explotación sexual en Quito: una respuesta inconclusa*. Quito: Departamento de Estudios del Desarrollo y Territorio, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO, Ecuador.
- Ley de sustancias estupefacientes y psicotrópicas (Ley 108), Registro Oficial del Ecuador Suplemento 523, Quito, Ecuador, 17 de septiembre de 1990.
- López, M., & Echeverría, J. (julio de 2010). Transgresiones sexuales en el México antiguo. *Arqueología mexicana*, XVIII(104), 65-69.
- López, F., Peralta, I., Muñoz, M., & Godoy, J. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Granada-España, 15(2), 127-136. Recuperado el 14 de mayo, de sitio web de adicciones revista versión online: <http://www.itesm.tol.teachhealth.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/436>
- Machado, I. (2015). *La atención a las víctimas del delito de trata de personas con fines de explotación sexual en la ciudad de Quito, en relación a la aplicabilidad de los estándares internacionales de Derechos Humanos*. Quito: Departamento de Sociología y Estudios de Género, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO, Ecuador.

- Mellor, R., & Lovell, A. (2012). The lived experience of UK street-based sex workers and the health consequences: An exploratory study. *Health Promotion International*, 27(3), 311-322.
- Melo, D., & Castanheira, L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Latino-Am. Enfermagem*, 655(62). Recuperado el 12 de mayo de 2020, de Sitio web Scielo: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a24v18nspe.pdf>
- Medina, N. & Carvalho, M. (2010). Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. *Latino-Am. Enfermagem*, 504 (12) . Recuperado el 15 de mayo de 2020, de Sitio web Scielo: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a04v18nspe.pdf>
- Mendoza, Y. (2017). Factores protectores y factores de riesgo familiares asociados al desarrollo neurocognitivo del aprendizaje en escolares de 6 a 11 años de la unidad educativa “José María Velasco Ibarra” (Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador, Quito-Ecuador.
- Meneses, C. (2007). La prostitución: una realidad compleja. *Documentación Social - Revista de estudios sociales y de sociología aplicada*, 144.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015 - 2017. Quito: Comisión de Salud Mental del MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Estatuto orgánico sustitutivo de gestión organizacional por procesos del Ministerio de Salud Pública*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Estatuto por procesos del Ministerio de Salud Pública. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Molina, C. (2015). *Riesgos psicosociales en la prostitución*. Granada: Universidad de Granada.
- Molina, E. (2009). *Red de Trabajadoras Sexuales del Ecuador (REDTRABSEX) | La Iniciativa de Comunicación*. La Iniciativa de Comunicación. <https://www.comminit.com/la/content/red-de-trabajadoras-sexuales-del-ecuador-redtrabsex>
- Naciones Unidas. (2012). *La fundamentación iusnaturalista o del derecho natural*. Obtenido de Protección a la Naturaleza: Conceptos y principios básicos de los Derechos Humanos: <http://dipronaturaleza.blogspot.com/2012/08/concpeto-y-principios-basicos-de-los.html>

- Naranjo, M. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*. Redalyc, 7(3), 1-27. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de Sitio web: <http://www.redalyc.org/pdf/447/44770311.pdf>
- Nieves, Y. (2017). *Prácticas de riesgo y presencia del consumo de drogas: análisis a través de los foros de prostitución*. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad.
- O'Neill, M., & Campbell, R. (2001). *Safety Soapbox: Working Together to Create Change: Community Consultation Research on Prostitution*. Arts, W. C.
- Organización de Estados Americanos. (2013). El problema de drogas en las Américas: Estudios. Recuperado el 14 de mayo de 2020, de Sitio web de Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas (EB140/29). Recuperado el 14 de mayo de 2020, de Sitio web de Organización Mundial de la Salud: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_29-sp.pdf
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Principios fundamentales*. (2019) Recuperado el 21 de Febrero 2020, de sitio web Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura: <http://www.unesco.org/new/es/education/themes/leading-the-international-agenda/right-to-education/normative-action/fundamental-principles/>
- Ott, J. (1996). *Pharmacothéon: Drogas enteogénicas, sus fuentes vegetales y su historia*. Barcelona: La Liebre de Marzo.
- Ott, J. (1998). *Pharmacophilia o los paraísos naturales*. Phantastica.
- Outshoorn, J. (2005). The political debates on prostitution and trafficking of women. *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*, 12(1), 141-155.
- Paladines, J. (abril de 2016). *En busca de la prevención perdida: reforma y contrarreforma de la política de drogas en Ecuador*. Quito: Friedrich Ebert Stiftung (FES) Ecuador.
- Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso: revista de educación*, (32), 147-173.

- Preciado, P. (2013). *Derecho al trabajo... sexual*. Obtenido de Sitio Web de Parole de Queer: <http://paroledequeer.blogspot.com/2014/11/derecho-al-trabajo-sexual-por-beatriz.html>
- Prieto, C. (2009). La escuela y la prevención de drogas. El profesor como un factor de protección en los procesos de prevención del consumo de drogas en la escuela primaria. Recuperado el 18 de mayo de 2020, de Sitio Web de Universidad de Caldas: [http://vip.ucaldas.edu.co/culturaydroga/downloads/Culturaydroga14\(16\)_3.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/culturaydroga/downloads/Culturaydroga14(16)_3.pdf)
- Psicología Terapéutica.(2018). El trastorno del consumo de sustancias. Recuperado el 18 de abril de 2020, de Sitio Web de Psicología Terapéutica: <https://somospsicologiaterapeutica.blogspot.com/p/martes-de-psicologia.html>
- Rashid, T., & Auer, S. (16 de febrero de 2015). *Atrapadas entre las drogas y la esclavitud: la terrible vida de las trabajadoras sexuales de Bangladesh*. Recuperado el 15 de febrero de 2018, de Sitio Web de Vice:https://www.vice.com/es_co/article/9b73dv/la-terrible-vida-de-las-trabajadoras-sexuales-del-mayor-burdel-de-bangladesh-797
- Real Academia Española: Diccionario de la lengua española. (2014). Versión 23.3 en línea. Recuperado el 19 de abril de 2020, de Sitio Web de Real Academia Española: <https://dle.rae.es/>
- Recio, J, Santos, C., Sánchez, M., Escamilla, J., Barahona, M. & Plaza, L. (1992). Papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso de drogas. Madrid: Cruz Roja Española.
- Reglamento de control y funcionamiento a los establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual, Ministerio de Salud Pública - Registro Oficial del Ecuador, Quito, Ecuador, 31 de julio de 2014.
- Rivadeneira, P. (2014). El trabajo sexual y los derechos laborales. Pontificia Universidad Católica Del Ecuador.
- Rivero, J. C., y Fierro, M. C. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Revista Pediatría Integral*, 9(1), 20-24. Recuperado el 15 de mayo de 2020, de Sitio Web de Red de Salud de Cuba: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)
- Robins, L. (1980). The natural history of drug abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62(284), 7–20.
- Rodríguez, E., Gutiérrez, R., & Vega, L. (octubre de 2003). Consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución: la zona de La Merced. *Revista Salud Mental*, XXVI(5), 73-81.

- Rodríguez, L. (2017). *¿Debe prohibirse o legalizarse la prostitución?* Madrid: Federación española de sociología.
- Rodríguez, M. (2015). *Factores Psicosociales asociados a la prostitución: la percepción social y de las trabajadoras sexuales*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Rodríguez, D. (1999) “Lo dicho y lo hecho por el derecho a la educación” en *Estudios básicos de derechos humanos IX*. San José de Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 16.
- Rojas Jara, C., De Rementería, I., Chacón Armijo, S., Gutiérrez, Y., Oda, H., Solís, A., y otros. (2015). *DROGAS. Conceptos, Miradas y Experiencias*. (C. Rojas Jara, Ed.) Maule, Chile: Departamento de psicología de la Universidad Católica de Maule.
- Ruiz, P., Lozano, E., Polaino, A. (1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales en el adolescente. *Anuales de Psiquiatría*, 10, 04, 29-36.
- San Lee, L. (1998). Factores de riesgo y protectores en el medio universitario costarricense (investigación cualitativa-grupos focales). San José: Instituto Tecnológico de Costa Rica. Taller de Publicaciones. Comisión IAFA Universidades.
- Scientific Electronic Library Online. (2002). La escuela un escenario de formación y socialización para la construcción de identidad moral. Recuperado el 19 de abril de 2020, de Sitio Web de Scientific Electronic Library Online: <http://www.scielo.org.co/pdf/rllcs/v1n2/v1n2a06.pdf>
- Schneider, P. (2018). *La influencia de las migraciones internacionales en la atención social en el campo de la trata de personas*. Quito: Departamento de Sociología y Estudios de Género de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.
- Silva, I., Salazar, F., & Rodríguez, F. (2014). *Dinámicas familiares y factores psicosociales que inciden en la práctica de la prostitución en mujeres de 18 a 25 años de edad del municipio de San Martín Meta*.
- Soto, M. (2009). Desarrollo de las habilidades sociales en el aula. *Revista Digital Innovación y experiencias educativas*. Recuperado el 14 de mayo de 2020, de Sitio web de Universidad de Granada: http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_14/MPAZ_SOTO_1.pdf.

- Sweeney, L. (2015). *The psychosocial experiences of women involved in prostitution: an exploratory study*. Galway: National University of Ireland Galway.
- Tirado, M. (enero-junio de 2011). El debate entre prostitución y trabajo sexual: Una mirada desde lo socio-jurídico y la política pública. *Revista de relaciones internacionales, estrategia y seguridad*, 6(1), 127-148.
- Tirado, M. (junio de 2014). Contribuciones al debate jurídico del trabajo sexual en Colombia. *NOVUM JUS*, 8(1), 11-37.
- Tubert, M. (2013). *La prostitución*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Turbi, A. & Lloria, R. (2005). *Prevención con menores en situación de riesgo*. Valencia: Proyecto Hombre.
- Unión General de Trabajadores de Aragón. (2008). *Manual de riesgos psicosociales en la mujer*. Aragón.
- Vallejo, M. (2009). *La política ecuatoriana de lucha contra la droga en el periodo 2003-2006*. Quito: FLACSO.
- Villacrés Manzano, P. (2009). La industria del sexo en Quito : representaciones sobre las trabajadoras sexuales colombianas. In *Serie Tesis*.
- Žižek, S. (2003). *El sublime objeto de la ideología* (1ra ed.). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Zoja, L. (1993). *Drugs, Addiction and Initiation: The Modern Search for Ritual*. Suiza: Daimon Verlag.

ANEXO

ACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN EL CONSUMO DE DROGAS EN TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CENTRO HISTÓRICO

La presente información es confidencial, anónima y voluntaria, solo para fines de la presente investigación.

Lea atentamente cada pregunta. Marque una opción con una X o anote su respuesta.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Edad: años

Nacionalidad:

Lugar de nacimiento:

Provincia:

Cantón:

Parroquia:

Recinto:

Estado civil:

Casada:

Divorciada:

Soltera:

Unión libre:

¿Tiene hijos?

NO

SI → ¿Cuántos? hijos

ENCUESTA:

1. Sexo

Mujer

Hombre

2. ¿Cómo se auto identifica?

Mestizo

Blanco

Indígena

Montubio

Afrodescendiente

Otro

3. Nivel de estudios

Ninguno

Bachillerato

Educación básica

Superior

4. Defina la estructura de su familia de origen:

Monoparental (un solo padre)

Ambos padres

Re-estructurada (madrstra/padrastro)

Conformada por otros familiares

5. ¿Cómo fue la relación con su familia durante la infancia y adolescencia?

Cercana

Distante

Conflictiva

6. ¿Alguna vez durante su infancia o adolescencia, usted fue víctima de violencia?:

NO

SI → ¿Cuál?

↓

Física

Psicológica

Verbal

Sexual

Patrimonial / Económica

Todas

7. ¿Cuál es su relación con el agresor?:

Madre

Esposo/a

Padre

Familiares

Hermanos

Otros / desconocidos

8. ¿En su familia alguno de los miembros consumía algún tipo de droga?:

NO

SI → ¿Cuál? → alcohol

tabaco

drogas:

marihuana

cocaína

cemento de contacto

otras:

9. ¿En su infancia o adolescencia sintió falta de apego, cariño, desinterés por parte de sus padres?:

NO

SI

10. ¿Tiene pareja actualmente? NO

SI

11. ¿A qué edad inició su vida sexual? → años

12. ¿Qué tiempo ejerce el trabajo sexual? → años

13. ¿Cuáles fueron las causas por las que decidió ejercer este trabajo?

Migración
Desempleo
Sustento para su hogar (económico)
Otros: _____

14. ¿Cuáles son los medios que utiliza para promocionar sus servicios?

Contacto directo con el cliente
Uso de páginas en Internet
Servicios telefónicos

15. ¿Su familia conoce acerca de su profesión?:

NO SI

16. ¿Usualmente en qué lugar ejerce su trabajo?

Hostal Domicilio
Nigth club Centros de tolerancia
Hotel

17. ¿A lo largo de su vida ha ingerido algún tipo de droga?

NO
SI → ¿Cuál? → Alcohol
Tabaco
Cemento de contacto
Drogas: marihuana
 cocaína
 otras _____

18. ¿Con qué frecuencia consumía?

Solo probó
Encuentros sociales
Fines de semana
Habitualmente (2 o más veces por semana)

19. ¿A qué edad inició el consumo de drogas?: → años

20. ¿Actualmente consume algún tipo de droga?:

NO
SI → ¿Cuál?

↓
Marihuana, María, verde, ganjah (cannabis)
Basuco, triqui, plo plo, base, sustos (pasta de cocaína)
Perica, blanca, coca (Clorhidrato de cocaína)
Hache, caballo (heroína)
Maduro con queso (marihuana con base de cocaína)
Éxtasis (Mdma)
Gale, africano (cemento de contacto)
Trago, puro, wanchaca (Alcohol)
Cigarrillo, pucho (Tabaco)

21. ¿Con qué frecuencia consume las sustancias citadas anteriormente?:

Diariamente Una vez por semana
Una vez al día Dos o más veces por semana
Dos o más veces al día Una vez al mes
Ocasionalmente

22. El uso de las sustancias anteriormente mencionadas, lo realiza:

Solo: Cliente:
Pareja: Amigos:

23. Si lo realiza con el cliente, ¿usted recibe algún beneficio económico?:

NO SI

24. ¿Alguna vez ha buscado ayuda profesional por su consumo?:

SI
NO, porque nunca quise buscar ayuda
NO, porque no he tenido la posibilidad
(por falta de recursos económicos o difícil acceso a los servicios de salud)