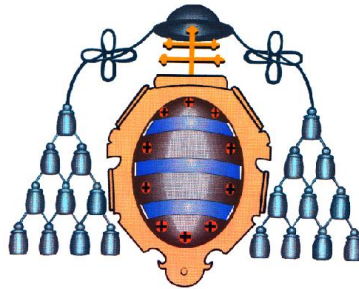


# UNIVERSIDAD DE OVIEDO



## DOCTORADO DE PSICOLOGÍA

### CALIDAD DE VIDA Y SALUD DE LAS MUJERES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN

María Jesús Fernández Ollero

2011

CERTIFICADO

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a todos y a todas las que han hecho posible este trabajo.

Mi agradecimiento a mi directora de Tesis, Dra. Elena García Vega, por su apoyo, orientación y confianza y por su infinita paciencia. Mi agradecimiento a la Dra. Paula Fernández por su colaboración y ayuda, tan necesarias en un trabajo tan amplio.

Gracias a Natalia Fernández Domingo: sin su ayuda inestimable y sin su ánimo constante este trabajo no existiría.

Gracias a las personas que he conocido en Médicos del Mundo Asturias, en especial a Teresa González Acosta, por abrir la caja de Pandora y darme la oportunidad de adentrarme en un mundo apasionante. Gracias a Ariadna Monroy Dávila, por su apoyo incondicional en los momentos de flaqueza y tormentas; gracias por su valiosa y leal amistad.

Gracias a Paloma Uría, que siempre intenta darles la voz a las mujeres olvidadas. Gracias a Begoña Fernández por su interés y sensibilidad.

Gracias a mi familia por su confianza y su comprensión. Gracias por creer en mí. Gracias por el interés y el respeto que tienen por todo lo que hago. Gracias a mis padres y a Dolores y Leal: mi esfuerzo y mi afán de superación sólo son por y para ellos.

Gracias a todas las mujeres que me han permitido conocer sus vidas y hacer posible este trabajo, realizado desde el respeto y la admiración profunda que siento por todas y cada una de ellas. Gracias por haberme enseñado otras formas de coraje, fuerza y valentía.

## DEDICATORIAS

A Fernando Bello, mi Mentor

*Así rogaba Telémaco. Atenea se acerca al héroe, adoptando la voz y los rasgos de Mentor.*

*Entonces le dice estas aladas palabras:*

*“Telémaco, en lo sucesivo no carecerás de prudencia y valor. Si tienes el varonil arrojo de tu padre, que siempre cumplió sus actos y sus promesas, ese viaje no será vano ni infructuoso [...]. Sin embargo, como en el futuro no carecerás de prudencia ni de valor, si la sabiduría de Ulises no te ha abandonado, mi esperanza es que realizarás tus trabajos. Así, pues, debes despreciar hoy las resoluciones y los proyectos de los pretendientes insensatos, que carecen de razón y justicia; ignoran la muerte que les amenaza de cerca y el funesto destino que les perderá a todos el mismo día. El viaje que has decidido emprender, no será diferido mucho tiempo. Yo mismo, el antiguo amigo de tu padre, prepararé la nave y te acompañaré en ese viaje”.*

*La Odisea, Canto II ~ Homero*

Dedicado a todas las mujeres a las que doy la voz y la palabra

*“Un ángel en el Infierno vuela en su propia nubecita de Paraíso”*

*Maestro Eckhart c. 1260-c. 1328,  
citado por Jonathan Littell en Las Benévolas*

Dedicado a Nayara, Iker, Sara y Esther,

*Perdón por mi ausencia, por todo el tiempo robado a vuestra niñez*

### **Contra el pudor**

Han sido denunciadas a la Alcaldía las pupilas de las casas de lenocinio establecidas en la calle de la Libertad por permitirse salir a la calle en ropas menores. Por la misma falta fueron denunciadas otras de vida airada domiciliadas en distintas casas de prostitución de la calle de Asturias. La Alcaldía ha impuesto multas, pero como si no lo hiciese.

*Diario El Comercio de Gijón (1906)*

### **“Desengaños de las mujeres” (circa 1620),**

**Francisco Quevedo**

“Puto es el hombre que de putas fía,  
y puto el que sus gustos apetece,  
puto es el estipendio que se ofrece  
en pago de su puta compañía.  
Puto es el gusto y puta la alegría  
que el rato puteril nos encarece;  
y yo diré que es puto a quien parece  
que no sois puta vos, señora mía.  
Más llámenme a mí puto enamorado,  
si al cabo para puta no os dejare;  
y como puto muera yo quemado,  
si de otras tales putas me pagare;  
porque las putas graves son costosas,  
y las putillas viles, afrentosas”.

*Cartas sobre los obstáculos que la naturaleza, la opinión y las leyes oponen a la felicidad pública del Conde de Cabarrús dirigida a su amigo Jovellanos, redactada en 1792, y después fue comunicada a Godoy en diciembre de 1795 .*

“Creo que la primera providencia es el restablecimiento de las mancebías, destruidas precisamente entre nosotros cuando la sanidad pública exigía su conservación y la vigilancia más exacta del Gobierno. [...] Estas mancebías, bajo la autoridad del Regidor (suponiendo a éste electivo, y no hereditario) o de alcaldes de Corte, especialmente nombrados, debían ser guardadas por un piquete de tropa y con centinelas en las principales calles, y patrullas diarias que mantuviesen el buen orden y evitasen todos los excesos”.

Carta V. Sobre la Sanidad pública, en CABARRÚS Conde de (1808). pp. 61-87.

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>10</b>
<b><u>MARCO TEÓRICO</u></b>	
<b>CAPÍTULO I: EL FENÓMENO DE LA PROSTITUCIÓN</b>	<b>16</b>
<b>1.1. La Prostitución: concepto y definición</b>	<b>16</b>
<b>1.2. La Prostitución y el Estigma histórico que la acompaña</b>	<b>18</b>
<b>1.3. Definición de prostitución en el marco de la investigación</b>	<b>28</b>
<b>1.4. El fenómeno de la Prostitución en España</b>	<b>32</b>
1.4.1. Datos y cifras en España	32
1.4.2. Estudios sobre prostitución en España	35
1.4.3. Estudios sobre prostitución en Asturias	38
<b>1.5. Descripción de Modalidades y Perfiles</b>	<b>40</b>
1.5.1. Prostitución de calle	42
1.5.1.1. Descripción de la modalidad de calle	42
1.5.1.2. Perfiles de las personas que ejercen en la modalidad de calle	44
1.5.2. Prostitución de piso	47
1.5.2.1. Descripción de la modalidad de piso	47
1.5.2.2. Perfiles de las personas que ejercen en la modalidad de piso	51
1.5.3. Prostitución de club	52
1.5.3.1. Descripción de la modalidad de club	52
1.5.3.2. Perfiles de las personas que ejercen en la modalidad de club	55
<b>CAPÍTULO II: SALUD Y CALIDAD DE VIDA</b>	<b>62</b>
<b>2.1 Introducción</b>	<b>62</b>
<b>2.2. Delimitación conceptual</b>	<b>64</b>
2.2.1. Concepto de Salud	64
2.2.2. Concepto de Calidad de Vida	67
<b>2.3. Características definitorias del concepto Calidad de Vida</b>	<b>72</b>
2.3.1. Unidimensional versus Multidimensional	72

2.3.2. Objetividad versus Subjetividad	75
2.3.3. General versus Específico	77
<b>2.4 Modelos teóricos sobre Calidad de Vida</b>	<b>78</b>
<b>2.5 Evaluación y Medición de la Calidad de Vida</b>	<b>86</b>
<b>2.6. Instrumentos de Evaluación de la Calidad de Vida</b>	<b>89</b>
2.6.1. Instrumentos de Evaluación Genéricos	90
2.6.2. Instrumentos de Evaluación Específicos	90
<b>CAPÍTULO III: CALIDAD DE VIDA Y PROSTITUCIÓN</b>	<b>94</b>
<b>3.1. Evolución de la Investigación sobre Prostitución</b>	<b>94</b>
3.1.1. El Higienismo decimonónico	96
3.1.2. El funcionalismo estructural de los años 50	97
3.1.3. Teoría del conflicto de los años 70	98
3.1.4. Sociología de la Marginación de la 2ª mitad del siglo XX	99
3.1.5. Estudio sobre las Condiciones de Vida en el siglo XXI	101
<b>3.2 Estudios sobre las dimensiones de Calidad de Vida y Prostitución</b>	<b>103</b>
3.2.1. Estudios sobre Salud Física	103
3.2.1.1. VIH-Sida	103
3.2.1.2. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	108
3.2.1.3. Consumo de Drogas	112
3.2.1.4. Atención Sanitaria	119
3.2.2. Estudios sobre Salud Sexual	125
3.2.2.1. Planificación Familiar	125
3.2.2.2. Uso del Condón	131
3.2.2.3 Sexualidad	137
3.2.3. Estudios sobre Salud Psicológica	142
3.2.3.1. Trastornos asociados a la Prostitución	142
3.2.3.2. Salud Mental de las personas que ejercen la prostitución	145
3.2.4. Estudios sobre Salud Social	153
3.2.5. Estudios sobre Salud Ambiental	158
<b>3.3. Estudios globales sobre Calidad de Vida y Prostitución</b>	<b>169</b>
<b><u>DESARROLLO DEL ESTUDIO</u></b>	
<b>CAPÍTULO IV: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>177</b>
<b>CAPÍTULO V: OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b>	<b>187</b>

<b>CAPÍTULO VI: MÉTODO</b>	191
<b>6.1. Diseño</b>	191
<b>6.2. Participantes</b>	191
<b>6.3. Variables e Instrumentos</b>	196
6.3.1. Entrevista Semi- Estructurada	197
6.3.2. Cuestionario de Funcionamiento Sexual (MGH)	200
6.3.3. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)	201
6.3.4. Cuestionario Apoyo Social Percibido (DUKE-UNC)	202
6.3.5. Cuestionario APGAR Familiar	203
6.3.6. Cuestionario Calidad de Vida WHOQOL-BREF	204
<b>6.4. Procedimiento</b>	205
<b>6.5. Análisis estadísticos</b>	206
<b>CAPÍTULO VII: RESULTADOS</b>	208
<b>7.1. Variables socio-demográficas de las mujeres que ejercen la prostitución</b>	209
7.1.1. Variables socio-demográficas en la modalidad piso y club	209
7.1.2. Perfil socio -demográfico de las mujeres que ejercen en la calle	220
7.1.3. Análisis estadísticos de las variables socio- demográficas	221
<b>7.2. Variables asociadas al ejercicio de la prostitución</b>	225
7.2.1. Variables asociadas a la prostitución en la modalidad piso y club	225
7.2.2. Variables asociadas al ejercicio en la modalidad de calle	233
7.2.3. Análisis estadísticos de las variables asociadas al ejercicio	234
<b>7.3. Salud Física de las mujeres que ejercen la prostitución</b>	238
7.3.1. Salud Física en la modalidad piso y club	238
7.3.2. Salud Física de las mujeres que ejercen en la modalidad de calle.	248
7.3.3. Análisis Estadísticos de la Salud Física.	249
<b>7.4. Salud Sexual de las mujeres que ejercen la prostitución</b>	252
7.4.1. Salud Sexual en la modalidad piso y club	252
7.4.2. Salud Sexual de las mujeres que ejercen en la modalidad de calle.	256
7.4.3. Análisis Estadísticos de la Salud Sexual.	257
<b>7.5. Salud Psicológica de las mujeres que ejercen la prostitución</b>	259
7.5.1. Salud Psicológica en la modalidad piso y club	261
7.5.2. Salud Psicológica de las mujeres que ejercen en la modalidad de calle.	265
7.5.3. Análisis Estadísticos de la Salud Psicológica.	266



<b>7.6. Salud Social de las mujeres que ejercen la prostitución</b>	268
7.6.1. Salud Social en la modalidad piso y club	268
7.6.2. Salud Social de las mujeres que ejercen en la modalidad de calle.	272
7.6.3. Análisis Estadísticos de la Salud Social	273
<b>7.7. Salud Ambiental de las mujeres que ejercen la prostitución</b>	275
7.7.1. Salud Ambiental en la modalidad piso y club	275
7.7.2. Salud Ambiental de las mujeres que ejercen en la modalidad de calle.	279
7.7.3. Análisis Estadísticos de la Salud Ambiental	280
<b>7.8. Calidad de Vida de las mujeres que ejercen la prostitución</b>	282
7.8.1. Calidad de Vida en la modalidad piso y club	288
7.8.2. Calidad de Vida de las mujeres que ejercen en la modalidad de calle.	292
7.8.3. Análisis Estadísticos de la Calidad de Vida.	293
<b>7.9. Resumen de los Resultados del Estudio</b>	293
<b>CAPÍTULO VIII: DISCUSIÓN</b>	296
8.1. Perfil socio-demográfico	296
8.2. Condiciones del ejercicio de la prostitución	307
8.3. Salud Física	311
8.4. Salud Sexual	316
8.5. Salud Psicológica	317
8.6. Salud Social	319
8.7. Salud Ambiental	323
8.8. Calidad de Vida	328
8.9. Necesidades de las mujeres que ejercen la prostitución	332
8.10. Propuestas de intervención	334
<b>CAPÍTULO IX: CONCLUSIONES</b>	337
9.1. Conclusiones finales	337
9.2. Limitaciones del estudio	347
9.3. Propuestas de investigaciones futuras	349
9.4. Resumen de las conclusiones del Estudio	353
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	356
<b>ANEXO: Cuestionario: Calidad de Vida de las Mujeres que ejercen la prostitución</b>	384

# INTRODUCCIÓN

Las mujeres que ejercen la prostitución conforman un grupo muy heterogéneo (Estébanez, Rodríguez, Rodrigo, Ramón, 2002). La categorización de perfiles es difícil ya que existen muchos criterios y múltiples definiciones sobre el fenómeno de la prostitución; ante esta gran heterogeneidad se puede intentar clasificar a partir de variables como la modalidad de ejercicio (calle, piso, club, etc.), origen (inmigrante o autóctono), espacios (abiertos o cerrados), género (masculina, femenina, transexual), condiciones (forzada, voluntaria, etc.), problemas asociados (toxicomanías, VIH-Sida, explotación sexual, marginación o exclusión social, etc.). La combinación de criterios y variables puede ser amplia y desplegar un abanico extenso de perfiles, tantos como historias de vida que nos ofrece cada persona.

La generalización de algunos estereotipos y concepciones erróneas sobre este colectivo han interferido en las políticas de intervención, de investigación, y en el abordaje del fenómeno de la prostitución.

1. Con respecto a las políticas de intervención los recursos y servicios socio- sanitarios han evolucionado en sus actuaciones en función de la evolución de los colectivos de exclusión social, marginación, prostitución, violencia de género, inmigración, prevención de VIH-SIDA, etc. Actualmente en España existen unos perfiles determinados de mujeres con necesidades muy específicas que exigen una modificación en las atenciones y en las formas de trabajo con el colectivo. Por ejemplo, la afluencia creciente en las últimas décadas de mujeres inmigrantes, conlleva la presencia de problemas asociados como son las barreras idiomáticas y culturales, la inmigración ilegal, la explotación y tráfico de mujeres, la alta movilidad geográfica, las necesidades y demandas sobre el reagrupamiento familiar, la tramitación de documentación, la inserción laboral, etc. (Brussa, 2004; Cruz Roja Española, 2004; TAMPEP, 2005). Pero esto no exime atender a otros colectivos de personas con otras problemáticas asociadas, como es el caso de las personas que tienen adicciones, problemas graves de salud y de inserción social; aunque sea un colectivo minoritario en España (CIMTM, 2002; Fernández, 2004; González y Tirado, 2006; Pinedo, 2008; Rodríguez, 2002; Santana, 2006) exigen una atención especializada y concreta. Estos problemas inevitablemente modifican las prioridades de intervención y la previsión de nuevos dispositivos como son las casas de acogida para mujeres víctimas de tráfico ilegal y explotación sexual, el programa de acompañamiento de las mujeres a los recursos, asesoramiento legal,

programas específicos para mujeres con adicciones y problemas sociales y de salud graves, búsqueda activa de formación y empleo para las personas que quieren abandonar la prostitución, etc.

Evidentemente tanto las instituciones gubernamentales como las entidades, asociaciones y las ONG que dedican sus esfuerzos a intentar erradicar estos problemas o paliar sus consecuencias, necesitan una adecuada comprensión de la realidad para programar con eficacia y eficiencia sus acciones. Para ello es necesario el estudio previo de las necesidades del colectivo y a su vez conocer qué vías de solución o mejora se pueden poner en práctica.

2. Con respecto a la investigación sobre el colectivo de personas que ejercen la prostitución también se ha observado una evolución. A lo largo del siglo XX, y en especial en la década de los 80 y 90, la literatura científica ha producido un número elevado de estudios sobre este colectivo; sin embargo, es necesario señalar las carencias o problemas detectados en tales estudios (Vanwesenbeeck, 2001):

Por un lado, son estudios parciales, que se centran en aspectos muy concretos (prostitución-VIH-Sida, prostitución- Infecciones de transmisión Sexual, prostitución- trastornos mentales asociados, etc.) y no ofrecen una visión más amplia y global de todas las variables que inciden en la salud y bienestar del colectivo (variables personales, sociales, sanitarias, psicológicas, etc.).

Por otro lado, son estudios con poblaciones muy concretas y específicas. Los datos no pueden ser generalizables a todos los tipos de prostitución (de calle, pisos, club, etc.), ni a los diferentes colectivos de personas que ejercen la prostitución (mujeres, hombres, transexuales), o las diferentes zonas geográficas (zonas urbanas, rurales, sociedades occidentales, no occidentales, países del primer mundo, del tercer mundo).

Por último, los estudios hallados son realizados generalmente con muestras muy pequeñas, dadas las dificultades de acceso a la información para investigar sobre este colectivo; por lo tanto, los resultados hallados en muestras excesivamente pequeñas sólo pueden ser válidos y específicos para esas muestras seleccionadas.

En la actualidad se aboga por estudios más globales, donde se analicen todas las variables que rodean la vida de las personas que ejercen la prostitución (calidad de vida; bienestar social, laboral y psicológico; índice de salud; factores de riesgo; condiciones que rodean la actividad; factores psicosociales presentes, etc.); estudios cuyas conclusiones sólo son válidas para la muestra seleccionada, teniendo en cuenta las siguientes variables: el contexto donde se desarrolla la prostitución (en países desarrollados, en países con medidas legislativas abolicionistas o reglamentaristas, en países pobres, en Europa, en España, etc.); la situación de las personas en el

país (irregular o no); o su procedencia, su cultura, su religión, etc.; la modalidad (calle, club, piso, de lujo, etc.), si son hombres, mujeres o transexuales; si tienen otros factores de vulnerabilidad asociados (previamente o no) como el consumo de drogas, seropositividad; si tienen pareja y redes de apoyo social o no, sus motivaciones y expectativas, sus condiciones económicas, etc. El estar en situación de explotación sexual, o maltrato y violencia, etc.

En definitiva, los estudios actuales, deben o deberían ofrecer una visión amplia del fenómeno de la prostitución y a su vez una visión específica de las necesidades de cada una de las particularidades de cada colectivo, con el fin de articular respuestas e intervenciones ajustadas a una realidad compleja y diversa. Como conclusión podemos decir que las personas que ejercen no son un colectivo o categoría de estudio pero sí lo son las circunstancias y el entorno que les rodean.

3. En relación al abordaje socio-político del fenómeno de la prostitución en Europa existen varios enfoques legislativos que determinan en parte, tanto la investigación como la intervención:

Por un lado, la visión voluntarista presupone la libertad de la persona en la elección, incluyendo el propio cuerpo y la vivencia de la sexualidad; no se puede condenar el hecho de mercantilizar el cuerpo, ya que se trata de una opción personal legítima; se reivindica la legitimidad de esta actividad. Las personas que ejercen la prostitución deben considerarse trabajadoras, con deberes y derechos, pedir la visibilidad pública, el reconocimiento de derechos laborales y la eliminación de intermediarios cuando sea posible.

Por otro lado, la visión determinista explica la prostitución como una salida inexorable a condicionamientos económicos, socioculturales, sexuales y psicológicos; las mujeres son mercancía, las rebaja a la categoría de objeto y constituye una violación de los derechos humanos ya que conlleva violencia sexual y tratos degradantes, constituyendo una forma de esclavitud en la medida en que no permite a las mujeres modificar las condiciones inmediatas de su existencia.

Estos enfoques evidentemente determinan y condicionan la forma de abordar el fenómeno de la prostitución; considero que cualquier investigación sobre este fenómeno no debe estar condicionada por estereotipos e ideologías. Es necesario trascender las opciones personales de las personas que ejercen que pueden ser múltiples dada la diversidad y la poca homogeneidad del colectivo.

La investigación y por lo tanto el abordaje del colectivo de las personas que ejercen la prostitución supone asumir un enfoque global y plural y sobre todo abordar el análisis de las condiciones de vida de las personas, analizando sus necesidades y demandas reales, para poder adoptar soluciones concretas y eficaces que resuelvan sus problemas.

En conclusión, parece urgente realizar una investigación donde se determine la diversidad del colectivo de las personas que ejercen la prostitución; donde se analicen sus condiciones actuales de vida personal, social y de salud así como las características específicas que se derivan de la modalidad de ejercicio actual; donde se especifiquen las demandas y necesidades del colectivo que evidentemente variarán en función de las condiciones de vida y del ejercicio de cada persona. Este tipo de estudio tiene la pretensión de ofrecer algunas pautas para una posible intervención institucional en el ámbito de la prostitución, mediante la presentación de un diagnóstico de la situación de partida de estas personas y una enumeración de propuestas de actuación que aumenten su Calidad de Vida y disminuyan la problemática social asociada al ejercicio de dicha actividad.

Los objetivos principales de la presente investigación son los siguientes: por un lado, conocer y analizar las condiciones de vida en todas las vertientes: a nivel personal, social y de salud de las mujeres que ejercen la prostitución en las modalidades de calle, piso y club; y por otro lado, analizar las diferencias en Calidad de Vida y Salud en función de las mujeres modalidad de ejercicio y la procedencia de las mujeres.

Para el estudio se ha diseñado un cuestionario amplio que contiene variables social-demográficas, sanitarias y relacionadas con el ejercicio de la prostitución, así como instrumentos de evaluación que miden la Calidad de Vida y la Salud, apoyo social y familiar, el malestar psicológico, etc.; el cuestionario se ha aplicado a una muestra de 215 mujeres que ejercen la prostitución en Asturias en las modalidades de calle, piso y club en diferentes ciudades.

Las partes en las que se divide la presente investigación son las siguientes: una primera teórica compuesta por dos capítulos, y una segunda parte compuesta por seis capítulos donde se expone el planteamiento de la investigación, los resultados y su discusión y las conclusiones más relevantes.

La parte teórica está compuesta por dos temas teóricos que orientarán el posterior análisis de datos:

- Un primer capítulo, sobre los aspectos y las características principales del fenómeno de la prostitución.
- Un segundo capítulo, donde se analizan y revisan las teorías más importantes sobre el concepto de Calidad de Vida y Salud y su aplicación al estudio de las mujeres que ejercen la prostitución.

La segunda parte describe y analiza el estudio empírico realizado; está compuesta por los siguientes capítulos:

- El planteamiento del problema objeto de estudio.
- En segundo lugar, los objetivos e hipótesis planteadas en el estudio.
- En tercer lugar, se realiza una descripción del método (diseño, variables, instrumentos, análisis estadísticos, etc.)
- En cuarto lugar, presentamos los resultados sobre el perfil de las mujeres en función de la modalidad de ejercicio (calle, piso y club) y de la procedencia; LOS resultados sobre el análisis de las variables relacionadas con la Salud Física, Sexual, Social, Ambiental y Psicológica; los resultados sobre la percepción de la Calidad de Vida y Salud de las mujeres que ejercen la prostitución.
- En el capítulo siete se presenta la discusión de los resultados obtenidos y las propuestas de intervención derivadas de los resultados obtenidos.
- En el último capítulo, se plantean las conclusiones más importantes y relevantes de la investigación.

# MARCO TEÓRICO

# CAPÍTULO I: EL FENÓMENO DE LA PROSTITUCIÓN

## 1.1. La Prostitución: concepto y definición

El término prostitución etimológicamente proviene del latín *prostitutŏ, -ōnis*. *Prosto*: “poner ante los ojos, exponer, sobresalir”. *prostitutio-onis*: “en femenino, acción y efecto de prostituir o prostituirse”. *Prostituere*, “exponer a una persona públicamente a toda especie de lascivia y sensualidad, a la deshonra pública, corromperla, pervertirla” (Lagarde, 1993).

Actualmente el abanico de definiciones sobre el término “prostitución” es amplio:

- ✓ *“El intercambio sexual comercial donde media el contacto físico y que requiere de un contrato que puede ser oral (no necesariamente por escrito) negociado y libre, siempre y cuando, este contrato no esté incluido en modalidades laborales ya reconocidas jurídicamente y de forma específica (tales como bailarinas, espectáculos, alterne, masajistas, etc.)” (Malgesini, 2006).*
- ✓ *“La prostitución es un contrato donde una persona contrata los servicios sexuales de una prostituta, donde esta no vende su cuerpo sino un servicio, ya que de lo contrario sería una "esclava sexual" Carole Pateman (1995).*
- ✓ *“Puede considerarse que la prostitución entendida como intercambio de servicios sexuales por dinero u otros beneficios en especies ha existido desde que las sociedades se han estructurado en clases diferenciadas a partir de un desigual acceso a los recursos” (Le Meur, 2007).*
- ✓ Victoria Sau (2000) en su “Diccionario Ideológico feminista” define del siguiente modo el término de la prostitución: *“Institución masculina patriarcal según la cual un número limitado de mujeres no llega nunca a ser distribuido a hombres concretos por el colectivo de varones a fin de que queden a merced no de uno solo, sino de todos los hombres que deseen tener acceso a ellas, lo cual suele estar mediatizado por una simple compensación económica”.*
- ✓ Laura Agustín (2001) define la “industria del sexo” como: *“un mercado sexual en el que junto a la oferta laboral (personas que realizan servicios sexuales) existe una demanda (una numerosa y variada clientela, estructurada por diversos niveles de renta, gustos/deseos, posiciones en el mercado matrimonial, etc.) y un sin número de agentes mediadores que movilizan, canalizan y facilitan el encuentro entre demandantes y oferentes.”*
- ✓ Bindman (1996) define el “Trabajo sexual” como: *“Negociación y ejercicio de servicios sexuales remunerados: con o sin la intervención de una tercera persona; cuando tales servicios son publicitados o reconocidos de forma general como disponibles en un lugar específico (un “mercado”); cuando el precio de los servicios refleja las presiones de la oferta y la demanda”.*



- ✓ *Por prostitución se suelen designar un conjunto de actividades en las que se establece una relación comercial y en las que se intercambia sexo por dinero. Hay infinidad de actividades comerciales que, nada o poco son relacionadas con la prostitución, a pesar de que en la mayoría haya intercambio de dinero por alguna actividad relacionada con el sexo: casas de masajes, Web eróticas, anuncios de contactos y/o amistades, venta de lencería erótica, preservativos, etc. Existe un nutrido conjunto de actividades comerciales, reguladas o no, en las que el sexo es un componente primordial, cuando no imprescindible (Acién y Majuelos, 2003).*
- ✓ *“Prostituta es una más de las identidades femeninas codificadas por el orden sexista para controlar la sexualidad de las mujeres, dentro de un continuum de experiencias posibles. En todas las culturas, el intercambio de servicios sexuales y/o reproductivos de las mujeres a cambio de recursos económicos ha sido una constante. La heterosexualidad obligatoria y el matrimonio permite a los hombres apropiarse individualmente de las mujeres y su prole, y a las mujeres obtener legitimidad social, convirtiéndose este mandato sexista en un elemento primordial de autovaloración femenina. Para las mujeres que rompen la cadena de identidades legítimas, el orden sexista reserva la categoría ilegítima por excelencia: la puta, máximo castigo por transgredir las normas patriarcales” (Juliano, 2002; Pheterson, 2000).*

Este compendio de definiciones refleja las dificultades a la hora de definir un concepto cargado de planteamientos éticos, valorativos postulados ideológicos (Emakunde, 2001). Algunos sectores ideológicos, identifican la prostitución con problemas de género; otros con la exclusión social y marginalidad; otro sector con la explotación y beneficios económicos donde la mujer es tratada como objeto para el uso de los hombres. Otros, en el extremo opuesto, identifican la prostitución como una opción sexual y otros como un trabajo.

Definir el término “prostitución” de forma absoluta es complejo y difícil porque siempre va a estar supeditada al marco cultural, social, ideológico, económico, político o religioso y a la valoración subjetiva de cada autor (Berosiegietta y Alegría, 1990; Fernández y Rodríguez, 2004).

Actualmente no existe un criterio unánime sobre su definición y sus causas, sin embargo, sí existe un acuerdo en afirmar que su presencia es generalizada en todo tipo de sociedades y que ha estado presente a lo largo de toda la historia con independencia de sus formas de organización política y de sus estructuras socioeconómicas (Bruquetas, 2006).

## **1.2. La Prostitución y el Estigma histórico que la acompaña**

A lo largo de la historia las definiciones han variado en función del pensamiento ideológico imperante, que bebe sus fuentes de las Ciencias y de los dogmas religiosos. En todas las épocas el estigma asociado a la prostitución está presente.

En los primeros siglos del cristianismo, existe un modelo femenino dual: la pecadora, la prostituta, la mujer ligada al sexo; y por otro lado, la virtuosa, la virgen, ligada a la reproducción (Ferrús y Heras, 2008; Juliano, 2004; Pheterson, 2000; Ulloa, 2006). Ambos modelos regulan socialmente las relaciones afectivas entre hombres y mujeres y controlan la sexualidad de la mujer. Ambos modelos tienen su función social por lo que se institucionalizan (Varela, 1995):

Por un lado, la prostitución; las mujeres con más necesidades económicas o de las clases sociales más bajas pueden y deben ejercer en burdeles que estén autorizados a través de medidas administrativas y jurídicas; las mujeres que ejercen representan a la mujer mala, pecadora, viciosa, la que se busca la vida sola, la que gana dinero por su cuenta, la que pierde la honra, la que no es virtuosa, la que tiene amantes...; la prostitución es un mal menor pero un bien común social que cumple dos funciones: regula las conductas sexuales lujuriosas (adulterio, estupro, violación, sacrilegio, bestialismo...) y la incontinencia sexual de los hombres (Vázquez, 1998) y delimita la conducta sexual de las mujeres casadas o virtuosas marcando el camino que no deben seguir para ser tachadas de pecadoras (Juliano, 2007).

Por otro lado, el matrimonio, el cual debe ser monógamo e indisoluble para asegurar la descendencia y salvar el honor; la mujer casada representa a la mujer buena, honrada, procreadora, virgen, virtuosa, fiel, que no necesita trabajar, depende del matrimonio, el estamento legítimo para su subsistencia...; el matrimonio, en especial, la mujer casada, cumple su función social de asegurar la honra familiar, la legitimidad de los hijos, la familia nuclear, etc. (Vázquez, 1998); las mujeres casadas no pueden desviarse de la virtud; el pecado las condena al estigma de las otras (las pecadoras) (Juliano, 2007; Pheterson, 2000).

Por supuesto, las mujeres “no virtuosas”, eran todas las mujeres y no solo las que ejercían la prostitución. Sobre todas ellas recaía el estigma y se las reprimía, recriminaba, criminalizaba o simplemente se las recluía para su arrepentimiento, la restitución de su honra y la re-inserción social (Juliano, 2004, 2007; Ulloa, 2006).

El papel de la Iglesia es relevante para contribuir al estigma inherente a la prostitución; sus doctrinas medievales se sustentan en una triple moral (figura 1):

1. Debía ser prohibida por el mal que representa: el pecado, el mal para la virtud del hombre que deben ser célibes y virtuosos (Bruquetas, 2006; Fernández y Rodríguez, 2004; Vázquez, 1998). En el siglo VI Recadero aplicó la nueva ética oficial cristiana decretando la prohibición de la prostitución; cada mujer que incumpliese la ley recibía cien azotes, se le desollaba la frente y parte de la cabeza con hierro candente; además se la desterraba del pueblo y la entregaban como esclava (Bruquetas, 2006).

2. Sin embargo, la prostitución debía ser tolerada porque cumplía su función social; consideraban la prostitución como un mal necesario (*pública utilitas*) ya que frenaba la conducta lujuriosa de los hombres (Bruquetas, 2006; Vázquez, 1998) y evitaba males mayores (violación, adulterio, hijos ilegítimos...).

3. La propia Iglesia participaba de la prostitución en varias formas: por un lado, el concubinato o barraganía (clérigos concubinarios conviviendo con su barragana) era admitida por Las Partidas de Alfonso X el Sabio (Bruquetas, 2006; Sánchez, 2008; Vázquez, 1998); por otro lado, las instituciones de la Iglesia se encargaban de la organización pública de las mancebías, y ocupaban un lugar destacable como propietarias de locales en estos establecimientos (Bruquetas, 2006; Vázquez, 1998).

A pesar de la prohibición y tolerancia, las mujeres dedicadas a la prostitución pueden “salvarse” y re-insertarse en la sociedad si se arrepienten y pagan su penitencia. En la Europa Medieval, las primeras Casas de Arrepentidas o Recogidas que se inspiran en el culto a María Magdalena aparecen hacia el año 1200; la leyenda relata cómo María Magdalena, ya convertida y arrepentida de su vida como “la Pecadora (prostituta)”, se dedicó a la predicación y la penitencia en el sur de Francia. La Pecadora es así convertida en la Santa; este modelo resalta la transfiguración y conversión a través del arrepentimiento (Ulloa, 2006).

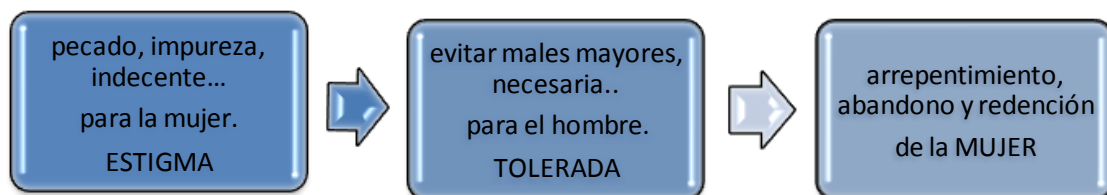


Figura 1: Concepto de la prostitución y del estigma histórico que la acompaña. Elaboración propia.

En el período de la Ilustración, el racionalismo científico y la Iglesia continúan con la idealización de los roles tradicionales de madres y esposas, y se aumenta la persecución de las conductas desviadas (Ferrús y Heras, 2008). Reforzada desde la moral cristiana, la familia nuclear cumple con su función de controlar socialmente el campo de lo afectivo (Ulloa, 2006). En uno de los extremos está la promiscuidad (el placer fuera del intercambio sexual legítimo como el matrimonio) y en el otro extremo los afectos o vínculos familiares. La prostitución sería en sí misma el reverso del matrimonio (Pheterson, 2000); de este modo la prostitución se incluye como otra de las instituciones que regula las relaciones entre hombres y mujeres en la sociedad. Las tres primeras instituciones (matrimonio, heterosexualidad y reproducción) son consideradas legítimas, mientras que la prostitución sería la institución ilegítima (a veces ilegal) por excelencia.

A partir del s. XIX, la burguesía y su intento de distinción frente a la aristocracia y a las clases obreras, convierte la sexualidad en eje central como forma de control y de regulación de las relaciones sociales (Nicolás, 2007). La burguesía conceptualiza la prostitución como la cara oscura del matrimonio y una institución creada para dividir (Osborne, 2004; Pheterson, 2000) a las mujeres en los siguientes términos: Mujeres decentes/ indecentes; Mujeres buenas/ malas; Mujeres de un solo hombre/ de muchos hombres; Mujeres privadas/ mujeres públicas. Se consolida un modelo de mujer virtuosa, casta, ligada a la domesticidad y a la esfera privada frente a una corrupta aristocracia y promiscua clase obrera (Ferrús y Heras, 2008; Juliano, 2004; Nicolás, 2007; Osborne, 2004; Ulloa, 2006). El siglo XIX, las Ciencias Sociales y Humanas buscan explicación de los comportamientos sociales e individuales; la Medicina fue la primera en abordar la prostitución desde el higienismo decimonónico; la Sociología define la prostitución como un hecho social equilibrante de una posible disfuncionalidad dentro del sistema familiar (Ferrús y Heras, 2008). El puritanismo victoriano impregna de moral al concepto de prostitución y se hicieron alianzas entre moralistas represivos y religiosos; el mito de la Trata de Blancas empezó a circular en el momento en que las mujeres empezaron a emigrar en gran número hacia América. La prostituta fue construida como víctima o como una “esclava blanca” que sólo podía someterse al comercio sexual con hombres extranjeros no blancos bajo coerción (Bruquetas, 2006; Doezma, 2004; Juliano, 2002; Nicolás, 2006; Osborne, 2004). En esta época la doble moral sexual deriva en políticas públicas que oscilan entre el moralismo condenatorio y el reconocimiento de su inevitabilidad (Osborne, 2004). Esta concepción moral de la sexualidad perdura en el tiempo y en muchos de los discursos políticos-sociales actuales; se establece una dicotomía entre las distintas formas de vivir la sexualidad; por un lado la sexualidad buena (convencional, legítima,

institucional, políticamente correcta, etc.) y por otro lado la sexualidad mala (no convencional, fuera de las instituciones o estamentos legítimos establecidos en la sociedad, ... etc.).

Evidentemente, a lo largo de la historia hasta nuestros días, la prostitución, el intercambio de sexo por dinero, se encuentra dentro de la sexualidad mala o la no convencional (tabla 1). La prostitución ha sido y es concebida como el intercambio de placer, fantasía, gozo, ocio, consumo, efímero, promiscuo. El intercambio no tiene fines de procreación. Es una institución (no legítima) amenazante, peligrosa, desestabilizadora para el sistema, no es institucional, no establece vínculos afectivos, ni legitimidad, no preserva las relaciones estables necesarias en la sociedad (asegurar descendencia legítima, herencia...).

<b>SEXUALIDAD</b>	
<b>Sexualidad buena/convencional</b>	<b>Sexualidad mala/ no convencional: prostitución</b>
vínculo, afecto, amor, relaciones	placer, fantasía, gozo, ocio, consumo
procreación	no procreación
virtud, dignidad	perversión, vicio, indigno
dentro de la norma o conducta sexual normalizada	transgresor de la norma o conducta sexual normalizada
seguridad, no protección necesaria	arriesgado, protección obligatoria
duradero	efímero
fidelidad	promiscuo
sexo no controlado	sexo controlado
relación informal	relación contractual
sexo asegurado, estable...	sexo y placer incierto, cambiante...
negociación del intercambio del placer	negociación del placer y del dinero
no se precisa de experiencia	sexo o placer sofisticado
sexo limpio, sano	sexo sucio, enfermedad, ITS, Sida, VIH
intercambio de afecto y complicidad	intercambio de dinero por placer
ámbito privado	ámbito público
se legitima, es visible	transgresor, se oculta,
correcto, moral	incorrecto, inmoral
preserva el sistema social	amenazante, peligroso, desestabilizador
institucional	no es institucional
<b>No tiene Estigma</b> aprobación social derechos de ciudadanía protección legal	<b>Estigmatiza</b> se excluyen derechos de ciudadanía, desprotección legal: penalización, control, criminalización, delito, invisibilización, rehabilitación, reinserción a una sexualidad convencional

*Tabla 1: Conceptualización dicotómica de la sexualidad: sexualidad buena/mala. Elaboración propia.*

La prostitución se enmarca dentro de las instituciones patriarcales y heterosexuales. El hombre consume sexo o servicios sexuales que provee la mujer. Los servicios sexuales, aunque actualmente son variados en sus formas, satisfacen las necesidades de placer, ocio y fantasías del

hombre. Moralmente, es una perversión, vicio, indigno para la mujer, ya que transgrede la norma o conducta sexual normalizada o legítima. Es incorrecto, inmoral, debe ser ocultado, invisibilizado... esto supone también aislarlo y marginarlo (marginación social). La prostitución y la mujer que ejerce se le asocian con conductas arriesgadas para la salud, la enfermedad, etc.

Todos estos aspectos negativos de la prostitución o de la sexualidad no convencional deben ser controlados socialmente; el estigma se crea para señalar, estigmatizar a las personas que rodean la situación amenazante y controlar su conducta (Juliano, 2002, 2004). En diferentes contextos históricos y culturales, cualquier mujer que se salte el guión patriarcal (sexualidad convencional heterosexual y legítima) es condenada con el estigma y sus consecuencias; todas las mujeres que quieren ser aceptadas socialmente deben atenerse a las normas de conducta asignadas a las mujeres “decentes” y, consecuentemente, alejar actitudes, aspecto físico y comportamiento de todo aquello que pueda identificar o confundir con las mujeres “indecentes” (Juliano, 2002). Por este motivo, a lo largo de la historia la prostitución conlleva de forma implícita e inherente dos términos esenciales para el análisis de este fenómeno: el estigma y la violencia de género.

Dos autoras analizan este fenómeno: Gail Petheerson (2000), a partir del análisis de los diferentes significados otorgados a la “falta de castidad” de las mujeres y Dolores Juliano (2002) con su análisis histórico y antropológico de la construcción cultural del estigma, muestran los mecanismos mistificadores mediante los cuales el orden sexista naturaliza y perpetúa la discriminación sobre las mujeres. Dentro de la heterosexualidad obligatoria y el matrimonio se permite a los hombres apropiarse individualmente de las mujeres y su prole, y a las mujeres obtener legitimidad social, convirtiéndose esta situación en un elemento primordial de autovaloración femenina. Para las mujeres que rompen la cadena de identidades legítimas, la sexualidad convencional reserva la categoría ilegítima por excelencia: la prostituta (o la *puta*), máximo castigo por transgredir las normas patriarcales (Juliano, 2002; Petheerson, 2000; Ulloa, 2006). La sexualidad convencional dictamina que las mujeres sólo deben dar sexo a cambio del amor romántico. Rechazar el arquetipo amoroso como recompensa por los servicios sexuales o, lo que es lo mismo, separar el sexo del afecto, aleja a las mujeres de la legitimidad social. El control de la sexualidad femenina es un aspecto clave de la organización social patriarcal, de ahí que el estigma de prostituta recae sobre todas las mujeres, no solo las que públicamente ejercen la prostitución. El estigma es una herramienta fundamental para la auto-perpetuación del sistema social que ha usurpado a las mujeres su derecho a la autodefinición y a la gestión de su propia sexualidad.” El uso autónomo de la sexualidad, la separación de la esfera sexual de la afectiva y el acceso a fuentes de

recursos propios, son prerrogativas que otorgan prestigio a la población masculina y, paralelamente, suponen el descrédito social para las mujeres (Juliano, 2002).

En la década de los 70-80 del siglo XX los movimientos feministas buscan la liberación de la mujer dentro del contexto político existente en una determinada sociedad, buscan la eliminación de los estereotipos de sexo y piden una verdadera igualdad de oportunidades que se plasme en la realidad concreta a través de una serie de políticas de acción positiva. El concepto de patriarcado es el eje central de lucha de todo el movimiento feminista (el poder de los hombres, a través de la fuerza, la presión directa, los rituales, la tradición, la ley o el lenguaje, las costumbres, la etiqueta, la educación y la división del trabajo, determinan cual es o no es el papel que las mujeres deben interpretar con el fin de estar en toda circunstancia sometidas al varón) (Sau, 2000). En el tema de la prostitución las feministas se dividen en dos tendencias completamente contrapuestas: las abolicionistas y las no abolicionistas o que apoyan el trabajo sexual; se discute y debate sobre si la prostitución es un verdadero trabajo, y como tal las personas pueden elegir libremente si desean entrar y permanecer en él, o es una perpetuación denigrante del patriarcado que debe abolirse y erradicarse (Ordoñez, 2006; Osborne, 2004; Pinedo, 2008; Rubio, 2008).

Actualmente, en el siglo XXI se reabren nuevos debates feminista en torno a la mujer y la libertad sexual. El debate actual se centra en dos posturas encontradas y de difícil reconciliación ya que exigen medidas políticas y sociales diferentes. El enfrentamiento está provocado por la delimitación de los términos siguientes: prostitución forzada o voluntaria; prostitución asociada a tráfico de personas o inmigración; prostitución entendida como una explotación sexual o una explotación laboral.

Ambas posturas sostienen y defienden a la misma **Mujer**, (la que ejerce la prostitución), pero sus definiciones sobre el término prostitución y mujer difieren sustancialmente: por un lado, las mujeres que ejercen son: víctimas del sistema patriarcal, del proxeneta y del cliente, víctimas de la violencia de género, víctimas de la explotación sexual de la industria del sexo, víctimas de la globalización y el neoliberalismo que deriva en la feminización de la pobreza y de la inmigración (Bolaños, 2006; Carracedo, 2006; CIMTM, 2002; González y Tirado, 2006; Parrón, 2003; Santana, 2006). Esta conceptualización las define como: prostituidas, esclavas sexuales, marginadas, víctimas, etc. En contraposición, para las otras feministas, las mujeres que ejercen son agentes activos con capacidad de decisión y elección (Garaizabal, 2004, 2007; Holgado, 2008; Juliano, 2004, 2007; Osborne, 2004, 2007; Pheterson, 2000). En las sociedades modernas lo que se valora

de las personas es su condición de trabajadoras y por medio del trabajo se obtienen derechos de ciudadanía (Juliano, 2004).

La dificultad actual para la delimitación del término “prostitución” condiciona indudablemente su legislación y organización socio-política. Considero que los principales problemas para el tratamiento del fenómeno de la prostitución son tres:

1. Hablar de “prostitución” en singular, como concepto único y universal, y no de “prostituciones” donde tiene cabida un mayor número de matices y situaciones. Para legislar en materia de prostitución es necesario conocer primero el fenómeno en todas sus manifestaciones, delimitar sus actores, abarcar el mayor número posible de situaciones y sobre todo analizar todos los términos actuales asociados al fenómeno: INMIGRACIÓN - TRÁFICO DE PERSONAS - EXCLUSIÓN SOCIAL- GÉNERO- SALUD PÚBLICA - LIBERTAD SEXUAL - TRABAJO SEXUAL - VOLUNTARIEDAD - DERECHOS HUMANOS.... Etc., etc.

2. Obviar que la prostitución, a lo largo de la Historia, ha sido una estrategia de supervivencia y de acceso desigualdad a los recursos. La prostitución ha sido siempre una estrategia para las mujeres, un medio de subsistencia y supervivencia en épocas de carestía. Las opciones laborales y la desigualdad en el acceso a los recursos económicos frente a los hombres, han provocado que, un sector de la población se haya dedicado a la prostitución como estrategia (Juliano, 2002). En la actualidad, las mujeres inmigrantes que deciden emprender un cambio en su proyecto de vida tienen que enfrentarse a diversas situaciones para lograr la reinserción social y laboral en el país de acogida; en algunos casos optan por la prostitución como medio para lograr sus objetivos; en otros casos son obligadas por terceros o por fuertes redes organizadas; en otros, no hay opción y tienen que ejercer para lograr recursos económicos o porque no tienen “papeles” para su permanencia en el país de acogida. Evidentemente, la prostitución del siglo XX y XXI en Europa debe situarse en el escenario de la globalización económica neoliberal (Balbuena, 2003; Gregorio, 2007; Holgado, 2001; Juliano, 2004; Ordoñez, 2006), un proceso que ha tenido unas repercusiones políticas, sociales y culturales muy importantes en las clases sociales más desfavorecidas de los países con mayor deuda económica (pobres) y en concreto sobre un sector de la población que tiene limitado el acceso directo a los medios de producción (las mujeres). Este fenómeno es denominado la “feminización de la pobreza” que tiene como consecuencia: asumir la responsabilidad del cuidado de la familia; buscar estrategias de supervivencia cuando caen los ingresos y suben los precios, incorporación como mano de obra al mercado laboral remunerado en



condiciones de precariedad (empleo temporal, sueldos bajos, ingresos irregulares y reducción de los derechos laborales); la emigración autónoma o a través de redes, la emigración irregular, la (“feminización de la migración”); la reinserción laboral en los países de acogida de forma regular o “sin papeles” para cubrir una demanda de mano de obra en el servicio doméstico, limpieza, cuidado personal, venta ambulante, hostelería o en la industria del sexo. Esta situación de desigualdad une el estigma histórico y socialmente construido con la desigualdad de oportunidades, la discriminación y la violencia de género que impregna la historia de la prostitución.

3. Obviar que cualquier discurso, investigación, teoría, políticas, etc. sobre la prostitución está impregnado del Estigma que la acompaña. ¿Cómo nace y perdura el Estigma? En la figura 2 se intenta reflejar los engranajes del mecanismo de la creación del Estigma de la prostitución. El modelo podría ser aplicado para cualquier época histórica (Edad Media, época del puritanismo victoriano, etc.) e incluso para el momento actual.

Desde nuestro punto de vista, el ciclo para la formación del Estigma es el siguiente:

a) El juicio moral imperante en una sociedad determina y delimita el término de prostitución; este término puede asociarse al pecado, a la indignidad, a la deshonra; puede asociarse a la enfermedad, al contagio, a la desviación sexual o de personalidad; sobre la mujer que ejerce recaen dos tipos de juicios morales: es la mujer transgresora del sistema patriarcal, pero a su vez es la mujer subordinada al sistema patriarcal.

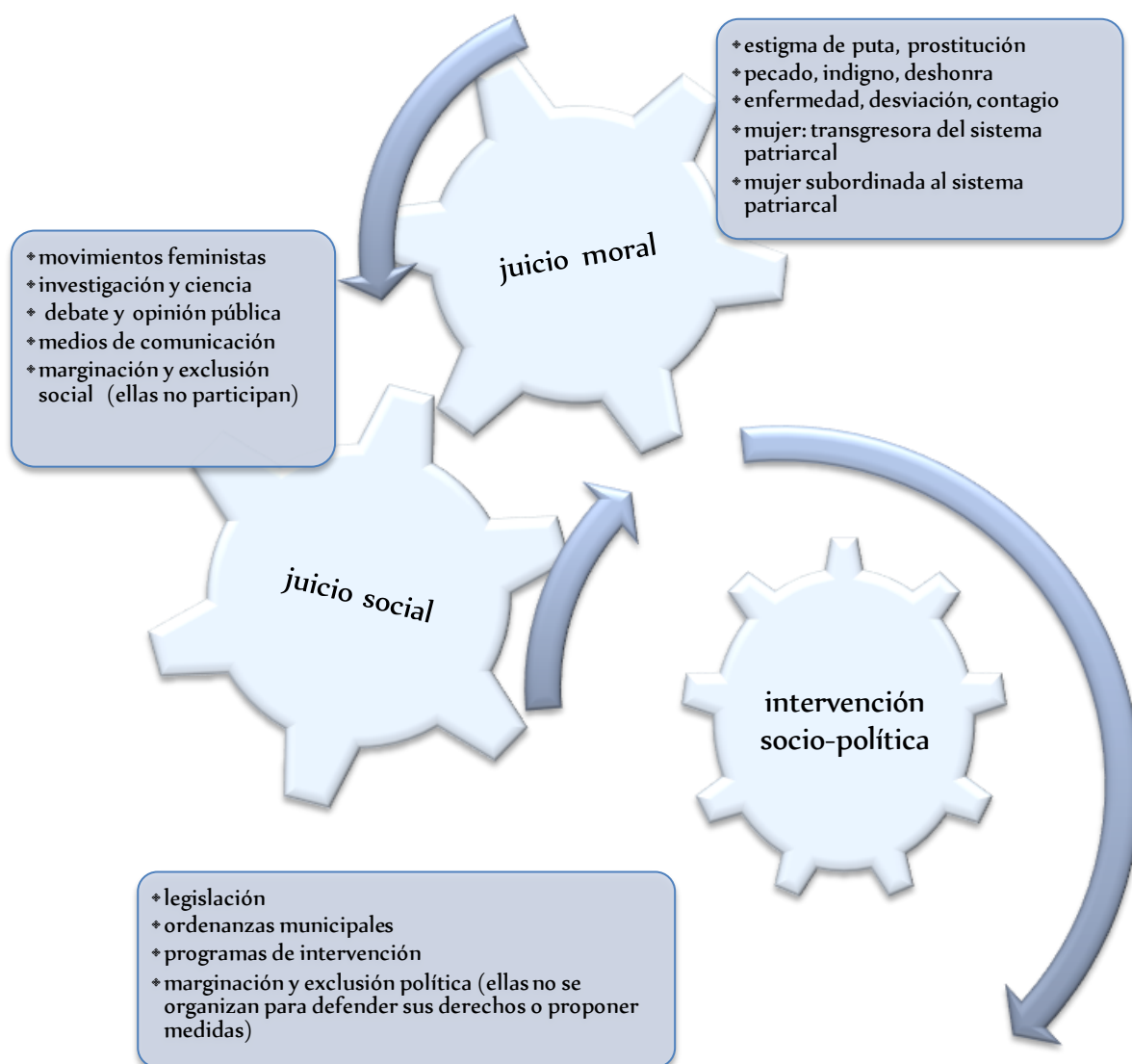


Figura 2: Formación del Estigma. Elaboración propia.

b) La moral imperante impregna lentamente el discurso social; los movimientos sociales así como los movimientos feministas asientan sus bases en una ideología, en unos teoremas, en unos credos, que pueden ser reflejo de la moral de la época o ser subversivos y contrarios. La ciencia y la investigación hacen estudios que reafirman los teoremas o los rebaten. En materia de prostitución, a lo largo de la historia, la ciencia ha intentado confirmar la relación fehaciente de la prostitución con binomios como el desorden psicopatológico de las mujeres (principios del siglo XX) o con el binomio de la prostitución con la prevalencia del VIH y el Sida (en los años 80 del siglo XX). Los medios de comunicación se hacen ecos de los avances científicos, de los estudios sociológicos, de los preceptos de los movimientos sociales y de la opinión pública. En esta fase, a las mujeres que

ejercen, se las margina o excluye de este debate “social”, no participan por falta de una conciencia social del fenómeno en el que están inmersas. Este hecho, de nuevo, refuerza el estigma que rodea el fenómeno de la prostitución y en especial a las principales protagonistas, las mujeres que ejercen.

c) El discurso social, las ideologías mantenidas por los movimientos sociales o los feministas, el debate público, la preocupación social que genera el fenómeno de la prostitución, sienta las bases para la intervención socio-política. Los países deben legislar en materia de prostitución, que puede ser desde el prohibicionismo hasta el reglamentarismo. Las ciudades generan sus ordenanzas municipales. Se proponen programas de variada índole: programas de intervención, reinserción o redención de las mujeres que ejercen; programas de prevención y reducción de daños para la población general (VIH-Sida); o se proponen programas disuasorios del consumo para los clientes. De nuevo, en esta fase, existe la marginación y exclusión política; las mujeres que ejercen no participan en las propuestas para la legislación o en la propuesta de intervención; las mujeres tampoco se organizan para defender sus derechos o proponer medidas.; el estigma tiene un peso cada vez mayor (juicio moral, juicio social, intervención socio-político) sobre las mujeres que impide su organización o reivindicación como colectivo.

A lo largo de la Historia de la prostitución este ciclo se ha repetido muchas veces, en ocasiones con discursos viejos o superados y en otras con discursos renovados. Para cerrar este capítulo quiero escoger las palabras de Marcela Ulloa en su artículo “Putas y no Putas: las mujeres llamadas al orden” (Ulloa, 2006, p.119):

*¿Por qué son siempre o pecadoras, o indignas, o viciosas, o enfermas, o culpables, o supervivientes, o víctimas? ¿Qué es lo que asusta tanto de las prostitutas que, aunque por épocas se legitime su actividad, nunca, bajo ningún sistema o modelo de pensamiento, dejan de ser la diana a la que siempre apuntar?*

### **1.3. Definición de prostitución en el marco de la investigación**

La definición de prostitución elegida para la presente investigación es la siguiente: “Prostitución”: conjunto de actividades en las que se establece una relación comercial y en las que se intercambia sexo por dinero. La actividad se encuentra inmersa en la industria del sexo junto con otras actividades donde existe un intercambio de servicios sexuales por dinero (casas de masajes eróticos, sexo virtual por Internet, sex shops con cabinas privadas, pornografía etc.). La actividad se desarrolla en diferentes espacios y con distintos grados de libertad, dependiendo de la organización política y de las estructuras socioeconómicas. Para analizar de forma detallada este concepto hemos realizado un diagrama de relaciones (figura 3) donde se contemplan los diferentes componentes que integran la definición:

- La prostitución es el intercambio de servicios sexuales por dinero.
  - El intercambio es realizado por dos agentes: el cliente que demanda servicios sexuales y la persona que ofrece/vende servicios sexuales.
  - El intercambio, para esta definición, se entiende como no forzado, consentido y entre adultos (mayores de 18 años).
  
- Los servicios sexuales que se establecen en el intercambio:
  - Abarcan desde el coito hasta el sexo virtual (masaje erótico, espectáculo, web-cam, peep-show, pornografía... etc.) ya que todos los servicios sexuales tienen la misma finalidad (placer y ocio) y el mismo intercambio (monetario).
  - Los servicios sexuales se desarrolla en el ámbito de lo público (calle, mercado, ocio), frente al ámbito privado (casa, pareja, afecto).
  - Los servicios sexuales son temporales y efímeros frente al sexo para establecer vínculos (pareja, entrega, reproducción).
  
- El “dinero” cubre las necesidades económicas de la persona que oferta los servicios sexuales y permite consumir servicios sexuales por parte del cliente (Medeiros, 2000, p.17). Actualmente, si tenemos en cuenta que la mayoría de las mujeres que ejercen la prostitución son mujeres inmigrantes, podemos asociar al “dinero” los siguientes conceptos: medio para financiar viaje, medio para abonar la deuda, estrategias para incorporarse al país de acogida, medio para lograr permiso de residencia, medio y estrategia para enviar a su familia dependiente, cubrir necesidades básicas para ella y para su familia en su país de origen, medio para obtener papeles, etc. Sin

embargo, no podemos olvidar que en nuestro país, este “dinero” proviene de la economía sumergida, no está sujeto a contratos, protección de derechos laborales, etc. Este vacío legal en el tiene dos consecuencias inmediatas: la primera, las personas que ejercen pueden sufrir extorsión, explotación, etc. por parte de los empresarios o las personas que controlan el negocio “encubierto o no declarado”; y la segunda, al no estar reconocida la prostitución como una actividad laboral, tampoco está sujeta a las normas fiscales ni al abono de impuestos, lo que permite la circulación del dinero sin ningún tipo de control fiscal tanto por parte de los empresarios como por parte de las personas que ejercen.

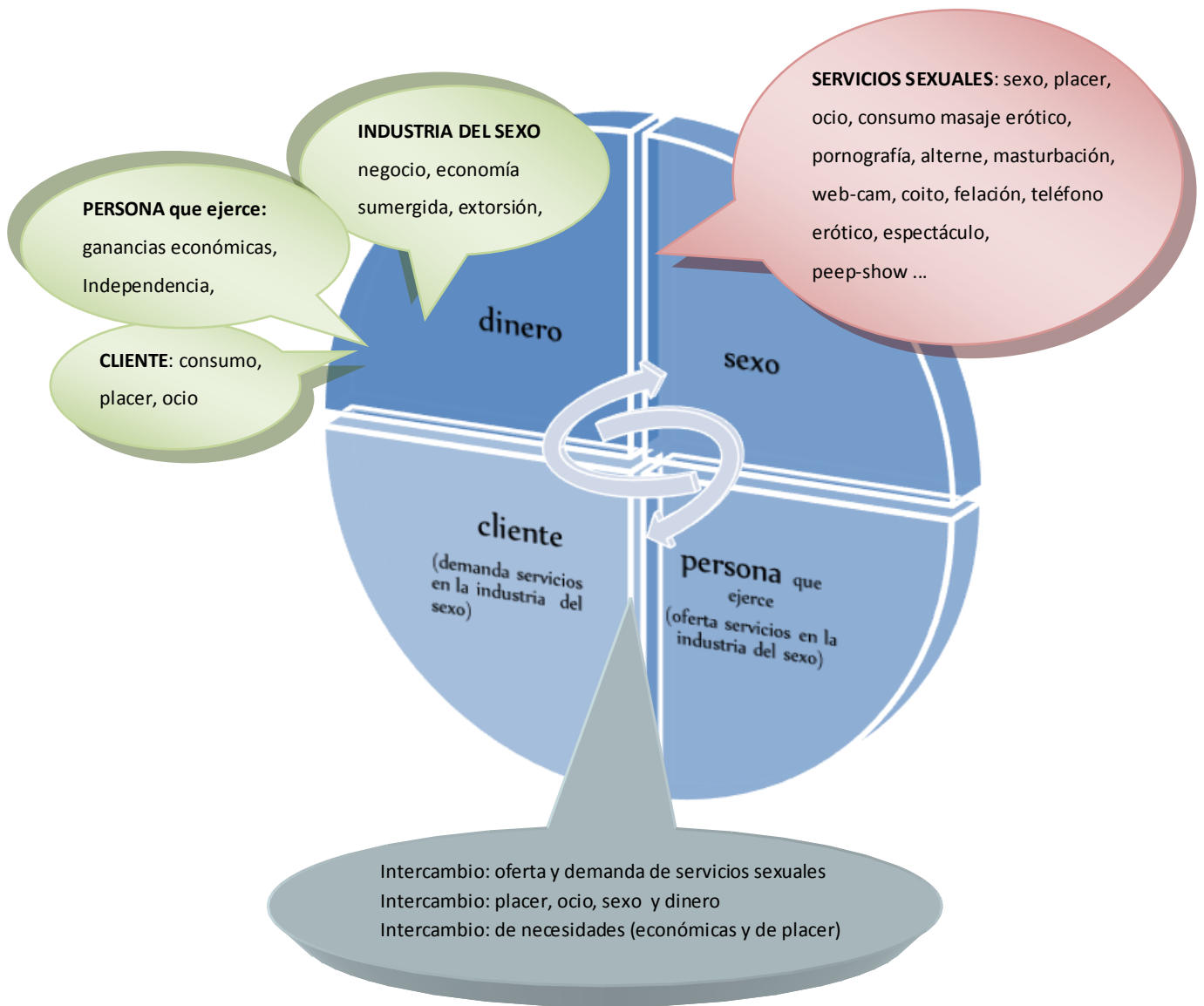


Figura 3: Definición del término prostitución en el marco de la investigación. Elaboración propia.

En la presente investigación nos vamos a centrar en la prostitución femenina o ejercida por mujeres. Para designar a las mujeres que componen el colectivo se opta por el término “Mujeres que ejercen prostitución” frente a otros términos actuales, entre ellos, el de “prostituidas” y el de “trabajadoras sexuales”.

El término “prostituidas”, empleado por las feministas abolicionistas, pone el énfasis en factores externos, ajenos a su voluntad o circunstancias, ignorando su parte de decisión y victimizándolas. Para este enfoque la mujer prostituida es una víctima de un sistema de opresión masculino. La prostitución tiene su base en un sistema cultural sexual que sustenta la demanda del sexo como servicio prestado por un objeto sexual subordinado y dócil, que desaparece en tanto sujeto y cuya propia sexualidad es inexistente o negada. La prostitución es una forma extrema de violencia de género, una nueva forma de esclavitud o violación hacia la mujer; la prostitución degrada a la mujer y a la dignidad humana. Estas definiciones son elaboradas por diversas autoras: Andrea Dworkin (1981, 1997), Carol Pateman (1995), Catherine MacKinnon (1987, 1989), Kathleen Barry (1995) y Sheila Jeffreys (1997), etc. Para Carole Pateman, la venta de servicios sexuales es un eufemismo que esconde la esclavitud sexual - lo que se vende es la sumisión de las mujeres - . Para Catherine MacKinnon, la opresión de las mujeres se encuentra en la pornografía y en la prostitución en la medida en que erotizan el dominio y la sumisión entre hombres y mujeres en una sociedad patriarcal. Equipara ambas con la violación, negación de la humanidad de las mujeres. MacKinnon propone la persecución de los hombres (proxenetas, clientes) que utilizan para su propio beneficio este sistema de coerción patriarcal (Mestre, 2004; Ordoñez, 2006; Pinedo, 2008).

Por otro lado, el término “trabajadora sexual”, empleado por las feministas que luchan por el reconocimiento de la prostitución como un trabajo sexual, pone el énfasis en un aspecto muy específico y limitado en el tiempo: la vida laboral de una persona en el sector de la industria del sexo, obviando el estigma social que acompaña a las personas y al sector en general (Corbera, 2008). La prostitución desde este enfoque es una actividad económica en la que la persona implicada es una empresaria que ofrece unos servicios; por lo tanto se lucha por conseguir los mismos derechos sociales y laborales que el resto de trabajadores/as, por la despenalización de los negocios relacionados con la prostitución y la legitimación del trabajo de la prostitución, con el aumento de las penas por los abusos cometidos, proporcionarían instrumentos necesarios para combatir la violencia y los abusos existentes (Ballester y Perelló, 2008; Orte y Ballester, 2008). Esta definición surge desde las Ciencias Sociales y de la Antropología a través de los estudios de las autoras Dolores Juliano (2002), Raquel Osborne (2004), Gail Pheterson (1990, 2000), etc.

El término “trabajadora sexual” y “prostituidas” es defendido por dos posturas ideológicas feministas actualmente contrapuestas y fuertemente enfrentadas; el uso de cualquiera de ellas restaría objetividad a la presente investigación; por lo tanto, el término utilizado en esta investigación será el de “*Mujeres que Ejercen la Prostitución*” que no entra en valoraciones ni de la mujer ni de la actividad. Los componentes de la definición seleccionada son los siguientes:

- El concepto “*Mujeres*” abarca una visión integral de la persona, en todas sus facetas.
- El concepto de “*Mujeres*” engloba todas las realidades y circunstancias. Cada mujer tiene una historia de vida y una trayectoria de vida personal e individual.
- El término “*ejercicio*” no define la persona sino la actividad que desarrolla; “*Ejercer*” define una actividad que se realiza en un momento determinado del día o de la vida de una persona.
- “*Mujeres que ejercen*” no se extiende a toda la vida social, laboral, académica, afectiva, familiar de las mujeres;
- “*Ejercen la prostitución*” no queda ligado a la categoría de prostituta; el término de “prostituta” o “puta” define a la mujer a partir de su trabajo (“*ella es...*” en vez de “*trabaja de...*”)
- El concepto se debe analizar desde la perspectiva del Estigma que lleva implícito el término “*Prostitución*”.
- El concepto se debe analizar desde la perspectiva de Género que lleva implícito el término “*Mujeres*”.

## **1.4. El fenómeno de la Prostitución en España**

### **1.4.1. Datos y cifras en España**

Es muy difícil conocer el alcance y las dimensiones reales del fenómeno de la prostitución en España (Acién y Majuelos, 2003; Brufao, 2008; Comisión Mixta de los Derechos de la Mujer y de la Igualdad de Oportunidades, 2007; González y Tirado, 2006; Serra, 2008). Las dificultades para cuantificar el fenómeno tanto en España como en Europa son diversas (CIMTM, 2002; EDIS, 2004; Emakunde, 2007; Ordoñez, 2006; Orte y Ballester, 2008; Serra, 2008):

- a. La clandestinidad en la que se desarrolla;
- b. Las personas no están registradas ni en censos o bases de datos. La actividad no está sujeta a relación contractual;
- c. La movilidad de las personas que ejercen la prostitución es continua;
- d. Se ejerce y desarrolla en marcos legislativos de ilegalidad;
- e. El estigma, la exclusión social y la situación de irregularidad (en el caso de las personas inmigrantes) hacen difícil el acceso a las personas que ejercen la actividad.
- f. La falta de unanimidad a la hora de definir el concepto de prostitución y delimitar todas las modalidades que abarca el mercado y la industria del sexo;
- g. El colectivo de las personas que ejercen es heterogéneo y las condiciones en las que se ejerce es multidimensional;
- h. La falta de estudios a nivel nacional con criterios homogéneos para la cuantificación y estimación de datos reales sobre el alcance del fenómeno y la gran dispersión de estudios y datos parciales.

Las cifras que se barajan desde diferentes organizaciones, organismos relacionados con las migraciones, Guardia Civil y Policía, Asociaciones relacionadas con la prostitución son dispares y poco coincidentes:

El Primer Foro Internacional de Prostitución, 2001, celebrado en Vigo estima que hay 300.000 mujeres en España. (EDIS, 2004, p. 21). El Instituto de la Mujer o Médicos del Mundo aportan la cifra de entre 300.000 y 500.000 mujeres (EDIS, 2004, p.21). La Junta de Extremadura (2005) calcula entre 500.000 y 600.000 personas. La Comisión de Investigación de malos Tratos a las Mujeres (2002) calcula entre 300.000 y 400.000 las mujeres que ejercen la prostitución en España. En el último Informe de APRAMP (2005) se estima que existen 300.000 mujeres que ejercen la prostitución en España; el 20% ejercen en la calle y el 80% ejercen en los 3.600 club repartidos por la geografía española; se estima que el 85% de las mujeres prostituidas en España son



extranjeras, casi todas inmigrantes ilegales. Según el Instituto Europeo para la Prevención y el Control del Crimen, que depende directamente de Naciones Unidas, en nuestro país se estima que el número de prostitutas oscila entre las 45.000 y las 300.000 (González y Tirado, 2006, p.55). El Informe criminológico de Tráfico de seres humanos con fines de explotación sexual, años 2003 y 2004 de la Unidad Técnica de Policía Judicial de la Guardia Civil, estima que existe un total de 1.070 club en España en diferentes provincias (excepto país Vasco); un total de 19.029 mujeres que ejercen la prostitución de club; y una media de 17,8 de mujeres en cada club.

El informe *La prostitución, claves básicas para reflexionar sobre un problemas* (APRAMP, 2005, p. 117-118) nos ofrece las cifras y datos de las mujeres que ejercen en la Unión Europea y en España (ver tabla 2).

<b>CIFRAS Y DATOS</b>	<b>ENTIDAD</b>
El 80% de las casi 10.000 mujeres víctimas de tráfico en Alemania proceden de países de Europa Central o del Este.	Organización Internacional de las Migraciones
En 1997, las autoridades alemanas detuvieron a más de 1.500 mujeres víctimas de tráfico, expulsando a 95% de ellas.	
Cada año son 100.000 las jóvenes que son víctimas de esta pesadilla.	Organización Internacional de las Migraciones
400.000 menores de 30 años dejaron el país durante la última década para formar parte del mercado del sexo.	Ministerio del Interior ucraniano
300.000 mujeres ejercen la prostitución en España	Instituto de la Mujer (1995)
El 90% de las personas que la ejercen son mujeres, el 3% son hombres y el 7% son transexuales; el 87% son mujeres migrantes, procedentes fundamentalmente de América latina, África Subsahariana y en los últimos años mujeres de la Europa del Este (Ucrania, Rusia...).	Organizaciones que intervienen con el colectivo
500.000 mujeres entran cada año en la Unión Europea a través de las redes del tráfico de seres humanos con fines de explotación sexual.	Oficina Internacional de Migraciones (1995)
4.000.000 millones de mujeres y niñas en todo el mundo están siendo víctimas de la trata y el tráfico con fines de explotación sexual.	Informe del Fondo de Población de Naciones Unidas (2000).
Un 70 % de hombres declaran haber demandado en algún momento de su vida la prostitución de otra persona.	
12.000 millones de dólares mueven la industria del sexo anualmente en el mundo. Es el segundo negocio más importante en el mundo superando al tráfico de armas y al tráfico de drogas.	

*Tabla 2: Cifras y datos en materia de prostitución. Fuente: Informe de APRAMP (2005). Tabla de elaboración propia,*

Para conocer el alcance de la prostitución en nuestro país podemos apoyarnos en el último Informe sobre la prostitución en nuestro país (154/9) de la Comisión Mixta de los Derechos de la Mujer y de la Igualdad de Oportunidades, (aprobada en las Cortes Generales el 13 de marzo de 2007); los datos más relevantes sobre la prostitución se relata en el Capítulo II titulado “Diagnostico de la situación”:

*El número de personas que trabajan ilegalmente en la llamada “industria del sexo” en la Unión Europea fluctúa entre 200.000 y 500.000; dos terceras partes de las mujeres inmigrantes provienen de Europa Oriental. En Europa cada trabajadora sexual deja un beneficio de 100 mil euros por año a cada proxeneta y cada uno de ellos regenta al menos de 20 a 25 mujeres; La prostitución en España se caracteriza porque mayoritariamente los compradores de prostitución son varones (99,7 %). Es ejercida mayoritariamente por mujeres inmigrantes, muchas en situación administrativa ilegal, que ejercen en club de alterne; la prostitución de calle en España es minoritaria; la prostitución ejercida por mujeres nacionales también es minoritaria (10%); las mujeres inmigrantes (el 90%) proceden principalmente de los Países del Este, Latinoamérica y África Central. Las personas en situación de prostitución son mayoritariamente mujeres con graves problemas económicos.*

Sin embargo, estas cifras ofrecidas por la Comisión Mixta en el Parlamento (entre 200.000 y 500.000) no son coincidentes con las cifras que se aportan desde otros estudios realizados a nivel nacional. Ballester y Perelló (2008) en el II Congreso Virtual sobre Prostitución exponen sus resultados de un estudio en profundidad sobre las cifras en España; estiman que el número de mujeres que ejercen en España oscila entre las 100.000 y las 150.000. Por otro lado, el Equipo de Investigación Sociológica (EDIS) publica en julio del 2004 el estudio *Realidad Social de las mujeres Sin Techo, Prostitutas, Ex Reclusas y Drogodependientes*. El estudio trata de concretar una cifra estimativa del colectivo de mujeres que ejercen la prostitución, a partir de datos disponibles, procedentes de muy diversos estudios, en algunas de las diecisiete comunidades autónomas. La estimación global que hace el equipo EDIS es de un total de 101.615 mujeres en diferentes modalidades.

Existen dificultades serias para hacer una estimación “real” del fenómeno a nivel nacional; existen pocos estudios que realicen cuantificaciones con criterios comunes en todo el territorio español; sin embargo, contamos con numerosos estudios parciales a nivel provincial o por Comunidades Autónomas, que ofrecen datos y cifras sobre el alcance del fenómeno y los perfiles sobre las personas que ejercen actualmente en España. A continuación vamos a ofrecer un breve resumen de estos estudios.

### **1.4.2. Estudios sobre prostitución en España**

En este apartado vamos a analizar los datos ofrecidos por cuatro estudios que analizan los datos sobre la prostitución en España, perfiles y modalidades.

Existe un estudio amplio y realizado en diferentes provincias de España que ofrece datos del fenómeno de la prostitución en sus diferentes modalidades. El estudio se denomina *Evaluación y tendencias de predictores de riesgo asociados a VIH/SIDA y otras ETS en trabajadoras sexuales en España* (Estébanez, Rodríguez, Rodrigo y Ramón, 2002); es un estudio financiado por FIPSE y se realiza entre 2000 y 2001; la muestra abarca 1.057 mujeres; se les aplica un cuestionario semiestructurado con más de 70 variables; del total de la muestra 305 mujeres son españolas de todas las provincias de España (el 30,6%); el resto son inmigrantes; los resultados y conclusiones son las siguientes: la media de edad es de casi 30 años; el nivel de estudios es bajo ya que la media de edad de abandono de los estudios es a los 15,6 años; las mujeres inmigrantes se distribuyen de la siguiente forma: europeas el 2%, procedentes de países africanos el 25% y latinas el 39,5%; el lugar de trabajo: el 43% trabajan en la calle, el resto en club, hoteles, bares etc.; la tarifa más extendida es entre 2.000 y 10.000 pesetas por servicio; el 67% consumen alcohol y el 24% reconocen haber consumido alguna vez drogas; trabajan una media de 6,24 días a la semana y atienden diariamente una media de 4,79 clientes; para el 78% de la muestra los motivos para venir a España son económicos y el tiempo de estancia medio para el 60% es menor de 1 año; el pago del billete es efectuado por amigos o asociaciones en el 51,7% de los casos, el resto alega que es a través de la familia o la pareja; la mayoría no tienen regularizada su situación en España.

El Equipo de Investigación Sociológica (EDIS) publica en julio del 2004 el estudio *Realidad Social de las mujeres Sin Techo, Prostitutas, Ex Reclusas y Drogodependientes*. El estudio trata de concretar una cifra estimativa del colectivo de mujeres que ejercen la prostitución, a partir de datos disponibles procedentes de muy diversos estudios, en algunas de las diecisiete comunidades autónomas. Para hacer las estimaciones del número real de mujeres que ejercen la prostitución en España EDIS aplica coeficientes al resto de comunidades autónomas en que no se dispone de datos (Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Murcia y La Rioja) y realiza actualizaciones de los datos de Asturias, Extremadura y Castilla y León aplicando un determinado índice de incremento en cada una de las comunidades. Una vez realizadas las estimaciones y aplicando los coeficientes, EDIS concluye que el número de mujeres que ejercen la prostitución en cada una de ellas sería el siguiente: 95.670 mujeres que ejercen en la modalidad de club; 5.945 que ejercen en la modalidad de calle; un total de 101.615 mujeres (93,6% en club y el 6,4%, en la calle). Sin embargo, el equipo Investigador advierte que esta estimación puede ser diferente en determinados núcleos urbanos de mayor tamaño,

tales como Madrid o Barcelona, donde la proporción de mujeres que ejercen la prostitución en la calle es mayor que la estimada.

*Estudio sobre la explotación sexual de las mujeres, con referencia al tráfico ilegal* realizado en el 2006 y coordinado por Beatriz González y Susana Tirado ofrece datos más actualizados sobre la estimación de las mujeres que ejercen la prostitución en España; para el cálculo utilizan las fuentes propuestas por EDIS (2004) e incorporan datos más actuales aportados por el informe criminológico de la Guardia Civil sobre Trata de seres humanos con fines de explotación sexual del año 2004. Para aquellas provincias o Comunidades Autónomas donde no existen datos actualizados se aplica un coeficiente para calcular la estimación del número real.

El Informe final (González y Tirado, 2006) ofrece los siguientes datos sobre la prostitución más visible (de calle y club) en todas las Comunidades Autónomas: 90.246 mujeres ejercen en club; 6.171 mujeres ejercen en la calle; el total de mujeres que se estima para todo el territorio es de 96.416.

<b>Comunidad Autónoma</b>	<b>Mujeres que ejercen en club</b>	<b>Mujeres que ejercen en calle</b>	<b>Total</b>
Andalucía	17.550	680	18.230
Aragón	3.815	261	4076
Asturias	2.201	151	2.352
Baleares	2.340	160	2.500
Canarias	1.805	123	1.929
Cantabria	3.659	250	3.909
C. La Mancha	19.285	1.319	20.603
Castilla y León	4.029	275	4.304
Cataluña	2.803	192	2.995
C. Valenciana	8.499	581	9.080
Extremadura	1.440	98	1.538
Galicia	8.000	543	8.543
Madrid	10.209	698	10.907
Murcia	2.249	154	2.403
Navarra	670	30	700
País Vasco	1.286	60	1.346
La Rioja	405	28	433
<b>España</b>	<b>90.246</b>	<b>6.171</b>	<b>96.416</b>

*Fuente: "Estudio sobre la explotación sexual de las mujeres, con referencia al tráfico ilegal" González y Tirado (2006, p.192)*

*Tabla 3: Cifras de mujeres que ejercen la prostitución en España. Fuente: Estudio sobre la explotación sexual de las mujeres, con referencia al tráfico ilegal de González y Tirado (2006, p.192).*

Además de los estudios globales, existe un amplio abanico de estudios realizados en diferentes Comunidades Autónomas, que ofrecen cifras, perfiles y modalidades:

*Prostitución: realidad y políticas de intervención pública en Andalucía* (Informe del Defensor del Pueblo Andaluz, 2002), *La prostitución en la Comunidad Autónoma de Andalucía* (Guilló, 2005), *La prostitución de mujeres inmigrantes en Marbella* (Quiles, 2007), *La prostitución en la calle. Estudio sobre los procesos de marginación e inserción de las mujeres que se acercan al centro de acogida FOGARAL de Cáritas Diocesana de Zaragoza*. (Cáritas de Zaragoza, 1996), *Estudi sobre la prostitució femenina a Mallorca* de Ballester, Orte, Perelló y Jordán (2003), *Estudio sobre la prostitución femenina en la Comunidad de Castilla y León* (Jiménez, y Vallejo, 1999), *Estudio sobre la prostitución femenina en Castilla y León* (ASE-PSIKÉ, 1998), *Situación de la prostitución en Valladolid* (APRAM, 1997), *Aproximación a la realidad de la prostitución femenina en la provincia de Salamanca* (Alonso, 2001). *Estudio de la prostitución en Valladolid*. (Gutiérrez-Cortines, Pinedo y Martín, 2006), *Variables socio demográficas de mujeres en riesgo de exclusión social* (Diputación de Palencia, 2008), *La mujer que ejerce prostitución en Castilla y León* de López y Pinedo (2007), *En Barcelona, Hablan las putas: sobre prácticas sexuales, preservativos y SIDA en el mundo de la prostitución* (Medeiros, 2000), *Informe prostitución en Lugo* de Alecrín (2006), *Mujeres inmigrantes y prostitución en Galicia* de Casal (2001), *Pamplona y Galicia* (Oso, 2001), *Tráfico de mujeres y prostitución en la Comunidad de Madrid* (Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres, 2002), *Navarra* (Defensora del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra, 2005), *Prostitución Ejercida por Mujeres en la Comunidad Autónoma del País Vasco* (Emakunde, 2001), (Emakunde, 2007), *Prostitución de calle y otros contextos* de María José Ortí (2005), *La prostitución femenina en la Comunidad Valenciana* (Serra, 2008), etc.

A la hora de analizar los diversos estudios realizados a nivel nacional y los estudios en cada Comunidad Autónoma, deberíamos de tener en cuenta los siguientes aspectos (Malgesini, 2006):

- Los datos no son siempre coincidentes, aunque la mayoría de los estudios a nivel nacional arrojan datos más bajos que los ofrecidos por el Parlamento de forma oficial.
- Se observa discrepancia en cuanto a la recogida de datos (en unos estudios se recogen datos sobre la prostitución más visible y accesible y se obvian otras formas de prostitución, como la ejercida en locales cerrados o privados, o la prostitución de lujo o a través de internet).
- Los datos de la Guardia Civil se refieren a “víctimas” de los delitos relacionados con la prostitución y no a personas que se dedican a ella; la mayoría de las víctimas no han

denunciado, sino que han sido contabilizadas a raíz de una redada policial o de la sospecha de un delito.

- Las cifras de las ONG suelen referirse a personas atendidas en sus programas, pero no de todas las personas que ejercen la prostitución, y que tal vez, acudan a otro tipo de servicios, o no acudan a ninguno.

### **1.4.3. Estudios sobre prostitución en Asturias**

*Acercamiento al mundo de la prostitución. Estudio de un grupo de prostitutas*, de Carmen López y M<sup>a</sup> Cuesta (1992). El estudio es realizado en las Unidades de ITS de Gijón y Oviedo; se seleccionó de entre 1048 historias clínicas una muestra de 150 mujeres y se aplicó un cuestionario de 32 preguntas de respuesta libre. Los resultados son los siguientes: trabajan principalmente en club; no hay toxicomanías, tan sólo el 7%; el 80% son españolas, de las cuales el 43,33% son asturianas y tan sólo el 19,35% son inmigrantes, principalmente latinas; la media de edad es de 28,3 años; el término medio de permanencia en la prostitución es de 4 años (rango de 1 mes a 20 años); tienen una media de 47 servicios sexuales al mes; las tarifas oscilan entre las 1.500 y las 15.000 pesetas, la media es entre 4.000 y 6.000 pesetas; ganan al mes una media de 250.000 pesetas, con un intervalo de 70.000 a 1 millón de pesetas.

*Condiciones de vida de las prostitutas en Asturias*, de Ignasi Pons (1992). Estudio que analiza el fenómeno de la Prostitución desde diferentes vertientes: perfil demográfico, condiciones de trabajo, condiciones socio-familiares y aspectos relacionados con la salud; se aplica una encuesta amplia (103 preguntas), a 311 mujeres y se realizan 24 entrevistas en profundidad. Los datos sobre la Prostitución en Asturias hace una década son los siguientes: casi el 80% de las mujeres que ejercen la prostitución son españolas, de las cuales la mitad son de Asturias y tan sólo el 20% son inmigrantes, predominantemente portuguesas y dominicanas (el 50% de las inmigrantes son latinas); y de éstas, el 65% carecen de permiso de residencia. Añade Ignasi Pons que la prostitución en la calle tiende a desaparecer y tan sólo se registra un 7%, vinculado principalmente a toxicomanías y a mujeres principalmente españolas.

*Prostitución, Inmigración y salud: perfil de las trabajadoras sexuales de Avilés (Asturias)*, de María Jesús Fernández (2004). La investigación aborda la prostitución de club; se seleccionan 115 mujeres (el 95% son inmigrantes) y se realiza un análisis del perfil social-demográfico y socio-sanitario de las mujeres, un estudio de las condiciones laborales y una investigación sobre el estrés psicosocial del colectivo de

mujeres. En cuanto al primer estudio, Descripción de las condiciones laborales y perfil socio- sanitario de 115 trabajadoras sexuales, se encontró que el 94.8% eran inmigrantes, de las cuales el 79.1% eran latinoamericanas (el grupo más numeroso, de Brasil y Colombia, y les siguen las dominicanas, ecuatorianas y argentinas); les siguen en menor proporción las procedentes de África, subsaharianas y magrebíes (11,3%), Europa del Este y Rusia (el 3,4%), y en último lugar las de Europa Comunitaria (Portugal, el 0,9%), que junto con las de España (5,2%) forman el 6%.; el perfil de las mujeres que ejercen en los club de Avilés es el siguiente: inmigrantes jóvenes, en edad fértil y madres de familia monoparentales; el intervalo de edad más frecuente es de 24-26 años; tiene hijos el 70%; tienen una media de 1-2 hijos, que residen junto con la familia en el país de origen; esta situación las convierte en cabeza de familia de 4 -5 personas de media y con cargas económicas importantes. La mayoría (el 97%) de las inmigrantes no tiene los “papeles” en regla (permiso de residencia y de trabajo, visado o pasaporte), lo que facilita situaciones de abuso y explotación así como una constante movilidad geográfica para evitar problemas policiales y judiciales. La mayoría optan por empadronarse en el municipio para obtener la tarjeta sanitaria. En cuanto a las condiciones económicas, el precio de los servicios, con una duración mínima de 20 minutos, oscila entre 40 y 60€, y el porcentaje de ganancia para la trabajadora sexual y para el propietario es de 75%-25% respectivamente. Tienen una media de 3 clientes por día y unas ganancias mensuales netas que oscilan entre 1500 a 2000€. En la segunda fase de la investigación se procede a seleccionar un grupo de 35 mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución de club en Avilés y se les aplicó la escala Síntomas Somáticos ESS-R (Sandín y Chorot, 1995) para medir el Estrés Psicosocial; las quejas psicósomáticas de las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución son significativamente diferentes y específicas frente a otro colectivo de mujeres (mujeres españolas que se dedican a la hostelería).

*Conocimiento y uso de métodos contraceptivos e interrupciones voluntarias de embarazo en mujeres que ejercen la prostitución en Asturias (2007).* El estudio está coordinado por Domingo Ojer y cuenta con los colaboradores siguientes: Amalia Franco, José Luis Varela, Marisa Junquera, Carmen López, M<sup>a</sup> Cuesta, Margarita Busto y M<sup>a</sup> Jesús Fernández; el estudio es ganador de la 4<sup>o</sup> edición de los Premios Virgilio Palacio en Diciembre del 2006. Es un estudio descriptivo transversal realizado en las consultas de Infecciones de Transmisión Sexual de Asturias; se aplicó un cuestionario auto-administrado a 212 trabajadoras sexuales de diferentes ámbitos (club, pisos, calle); del total de la muestra el 92,5% son extranjeras; el objetivo del estudio es determinar las variables asociadas a la IVE. Se trata de mujeres jóvenes en su mayoría (casi 30 años de media), con un nivel cultural medio alto (más de la mitad tienen terminados estudios secundarios o superiores). Muchas de ellas solteras y con hijos a su cargo. Inmigrantes en más del 90%, sobre todo de Latinoamérica. Ejercen la mayor parte en club, y más de

un 40% compatibilizan el ejercicio de la prostitución con otra actividad. Tiempo medio en el ejercicio de la prostitución es de 3,99 años. Edad de inicio en la prostitución es de 25,41 años. Lugar de ejercicio: No trabajan actualmente, el 18,9%; en club, el 61,7%; en piso de contacto, el 15,5%; en la calle, el 1,4%; en hotel, el 1%; Otros, 1,5%.

*Condiciones de vida personal, social y de salud de las mujeres que ejercen la prostitución en Asturias*, de M<sup>a</sup> Jesús Fernández (2007). Estudio realizado para el Gobierno del Principado por la ONG Médicos del Mundo Asturias y subvencionado por el Instituto Asturiano de la Mujer. El estudio es inédito y ha sido presentado al Parlamento Asturiano el 17 de octubre del 2007. La investigación se centra en cinco ciudades (Oviedo, Gijón, Avilés, Mieres y Langreo) y aborda tres campos: Estudio del mapa actual de la prostitución en la Comunidad Asturiana en las tres modalidades clásicas: club, pisos y calle. Investigación sobre las condiciones de vida personal, social y de salud de las mujeres que ejercen la prostitución. Estudio y Análisis de los recursos socio- sanitarios en Asturias relacionados con la prostitución. Para el estudio se han aplicado un total de 270 cuestionarios a una muestra amplia de la población de Asturias (mujeres que ejercen la prostitución, profesionales de los recursos socio- sanitarios, Madames y encargadas de club y pisos, asociaciones de vecinos y coordinadores de ONG relacionadas con la prostitución). En cuanto al alcance del fenómeno de la prostitución en Asturias los resultados son los siguientes: el número de mujeres en las 5 ciudades estudiadas y en las 3 modalidades clásicas es de 1.258 (el 62% en club, el 35,4% en piso y el 6,2% en calle). Extrapolando los datos al resto de la población de Asturias, la cifra que se estima para toda la Comunidad es de 2.000 mujeres. Sin embargo, los datos se han de tomar con cautela ya que hay zonas de Asturias muy despobladas y el mayor número de habitantes se concentran en las 5 ciudades estudiadas.

### **1.5. Descripción de Modalidades y Perfiles**

La categorización de perfiles es difícil ya que existen muchos criterios y múltiples definiciones sobre el fenómeno de la prostitución; ante esta gran heterogeneidad se puede intentar clasificar a partir de variables como establecen Barahona (2001, p. 21), Harcourt y Donovan (2005, p. 202), Malgesini (2006, p.23) y la Comisión de Investigación de Malos Tratos a las Mujeres (CIMTM, 2002, p. 55):

- Si atendemos a la modalidad ejercida, existe un perfil de personas que ejercen en la modalidad de calle, piso y club (las más clásicas, pero existen otras formas nuevas ya mencionadas en el anterior capítulo).
- Si atendemos a la procedencia de las personas: inmigrantes y españolas o autóctonas



- Si atendemos al género: femenina, masculina y transexual
- Si atendemos a los problemas asociados: consumo de drogas o alcoholismo; problemas de salud como el VIH-Sida y las ITS; personas con graves problemas socio- familiares y de salud o de exclusión social; personas que sufren explotación sexual y tráfico;
- Si atendemos a la forma de ejercer la prostitución: voluntaria o forzada; ajena o por cuenta propia; temporal, intermitente o esporádica frente a la indefinida o de larga duración.
- Si atendemos a los espacios de ejercicio: abiertos (calle, club, etc.) o cerrados (piso, señoritas de compañía o agencia, masajes, internet, etc.).

La combinación de criterios y variables se ofrece en la tabla 4. Como se puede observar esta combinación puede ser amplia y ofrecer un abanico extenso de perfiles, tantos como historias de vida que nos ofrece cada persona.

MODALIDAD	ESPACIO	ORIGEN	GÉNERO	PROBLEMAS ASOCIADOS	CONDICIONES
Calle	Abierto: calle Parque Plaza carretera	Autóctono	Hombre	Drogas	Forzada/ Voluntaria
Piso Casa de citas Casa de relax	Cerrado: Piso Club Bar Hotel Casas de relax	Inmigrante temporal	Mujer	Alcohol	Temporal/ Fijo o indefinido
Club Hotel club Discoteca-club Bar de alterne Whiskería	Virtual: Internet teléfono	Turista (visado de turista, por 3 meses)	transexual	Marginación y exclusión social	Por cuenta propia/ Por cuenta ajena
De lujo Agencia de Scorts		Inmigrante asentado	Travestí	VIH-Sida	Público/ privado
Internet		Inmigrante "sin papeles"	Servicios Homosexual	tráfico de personas con fines de explotación sexual	Servicio sexual directo/ Indirecto
Líneas eróticas		Inmigrante "con papeles"	Servicios bisexual		
Masajes y saunas		Inmigrante reagrupado	Servicios heterosexual		

Tabla 4: Clasificación y tipologías en materia de prostitución. Elaboración propia.

Para organizar este capítulo hemos optado por hacer una revisión bibliográfica de diferentes estudios en diversas Comunidades Autónomas y ofrecer un abanico amplio de perfiles, que por otra parte, son los más citados y los más estudiados: perfil de las personas que ejercen en la modalidad de calle, piso y club.

### **1.5.1. Prostitución de calle**

#### **1.5.1.1. Descripción de la modalidad de calle**

La prostitución de calle es la más conocida y visible y la más estudiada a pesar de ser la menos practicada en España en ciudades pequeñas o provincias; actualmente es una modalidad que tiende a desaparecer y es ejercida por mujeres de mayor edad, o por mujeres con problemas de adicción y toxicómanas, por transexuales o mujeres con graves problemas socio-familiares y de salud (Acién y Majuelos, 2003; Agustín, 2001; Defensor del Pueblo Andaluz, 2002; EDIS, 2004; Emakunde, 2001, 2007; González y Tirado, 2006; Estébanez et al., 2002; Malgesini, 2006; Medeiros, 2000; Pinedo, 2005, 2008; Pons, 1992; Serra, 2008).

A pesar de descender el número de personas que ejercen en la calle, es la modalidad más controlada (a nivel estadístico, antropológico, sanitario y policial) desde las instituciones, las policías locales y entidades no gubernamentales que se dedican a la intervención con mujeres que ejercen la prostitución (Pinedo, 2008; Serra, 2008); los estudios sobre este sector aportan datos y cifras bastante fiables frente a otras modalidades, piso y club, que son menos visibles y de mayor dificultad de acceso. Esta accesibilidad hace que, en ocasiones, sean tomadas como referencia principal en los estudios e investigaciones y realizando generalizaciones equivocadas (Pons, 1992; Serra, 2008; Vanwesenbeeck, 2001).

A través de los estudios realizados en diferentes Comunidades Autónomas y en Asturias conocemos un poco más el desarrollo y las características de la modalidad calle. A continuación vamos a presentar una síntesis de las características recogidas en estos estudios.

La Prostitución de calle es aquella que se ejerce en las calles de la ciudad, generalmente en el centro urbano y/o en calles cercanas a parques y plazas públicas, cascos antiguos, zonas

portuarias, vías del tren, etc.; el contacto sexual se efectúa en diferentes lugares: pensiones u hoteles cercanos a la zona; en el domicilio del cliente; en los parques; en los vehículos de los clientes; en la calle: en portales o entrantes de garajes, etc.

La mujer realiza su actividad en la calle, y reclama la atención del cliente en la vía pública; los clientes pueden pedir sus servicios de diferentes formas: telefónicamente, en el caso de haber tenido ya contacto con la mujer; por contacto directo: el cliente se acerca a las zonas donde se ubican las mujeres y se desplaza a pie a la zona; el cliente se desplaza en coche, da vueltas por la calle, y detiene la marcha donde se encuentran las mujeres para pedir sus servicios; las mujeres se encuentran en un bar cercano a la zona de prostitución de calle, y esperan a que las llamen los clientes telefónicamente. Una vez establecido el contacto, salen del local y acuden a la cita con el cliente.

El precio por servicio es inferior al que se exige en club y pisos y oscila entre los 10 y los 30 euros. De esta cantidad, las mujeres perciben el 100%. Las ganancias mensuales medias de las mujeres que ejercen este tipo de prostitución, son de unos 600 euros, pero este dato es muy variable de mes a mes, ya que depende de las horas de dedicación mensual, y la afluencia de clientes.

El precio varía mucho geográficamente y sobre todo, si se trata de ciudades importantes o ciudades más pequeñas; en Barcelona (Malgesini, 2006) se dice que el precio es de 20 euros por el servicio básico (penetración vaginal con preservativo) más 10 por la habitación del hotel. Otros servicios como el sexo anal se pueden cobrar más, en torno a los 30 o 40€. En general, las ganancias mensuales en la calle pueden oscilar entre los 500 y los 2500€, dependiendo también del aspecto físico de la persona y de la edad.

El horario de la prostitución de calle suele ser nocturno; comienza al anochecer, en torno a las 10 ó las 11 de la noche y suelen estar hasta las 4, ó incluso las 7 de la mañana. Las mujeres dicen que hay más clientes a altas horas de la noche que al comienzo de la noche; durante estas horas es menos molesto para los vecinos.

Cuando la prostitución de calle es ejercida por españolas, el horario es más variado y depende de cada mujer; no existe un horario fijo, aunque prefieren comenzar cuando ya ha anochecido; cada mujer empieza y termina cuando quiere y el tiempo es muy variado, desde 1 hora hasta 6 horas.; los días de dedicación no son constantes; hay mujeres que están todos los días, otras sólo los fines de semana, porque hay más clientes; otras sólo están 5 días a la semana, y otras sólo se dedican a la actividad de forma esporádica y puntual, dependiendo de la necesidad económica, la necesidad de consumo de alcohol o drogas, etc.

Los riesgos percibidos por las mujeres son principalmente: miedo a algunos clientes que tienen algún desorden mental, personas que les pueden agredir, etc.; por este motivo, suelen estar juntas en la calle, con móviles y siempre se dicen unas a otras si se van con un cliente o van a comprar comida o tomar algo en un bar cercano; son formas de seguridad que se establecen para evitar riesgos. Juliano (2002) señala que se suele pagar a otras personas o parejas para que vigilen los coches y controlen el tiempo de permanencia con un cliente. Otro de los temores más frecuentes están relacionados con los robos; por este motivo suelen llevar poco dinero encima y si lo llevan lo meten en las botas o zapatos. Las inmigrantes recién llegadas a nuestro país suelen tener miedo a los controles policiales de extranjería, principalmente si llevan poco tiempo en nuestro país. Algunas mujeres inmigrantes aseguran que agradecen tener la policía cerca; los agentes suelen patrullar la zona y dicen sentirse más seguras y protegidas de los clientes agresivos. Las agresiones físicas y sexuales, las humillaciones, los robos, etc. que soportan las mujeres que ejercen en la calle son más elevados que en el resto de modalidades de prostitución (club y piso), y no sólo por parte de los clientes sino también por parte de los transeúntes, vecinos, policía, pareja, compañeras, etc. (Malgesini, 2006; Pinedo, 2008; Serra, 2008).

En el estudio realizado en la Comunidad de Valencia (Serra, 2008) se destaca que en esta modalidad las mujeres se enfrentan al rechazo que manifiestan los vecinos y a la frecuente victimización de la que son objeto por parte la sociedad en general y de algunas instituciones que intervienen en este ámbito cayendo en el error de victimizarlas por la simple razón de ejercer en la calle. La prostitución de calle es la modalidad que se ejerce en peores condiciones de salubridad y seguridad: las mujeres están expuestas al frío, al calor y a la lluvia, no tienen lugares donde poder llevar a cabo su higiene íntima, se pasan muchas horas de pie, pueden sufrir agresiones y robos, etc. (Emakunde, 2007; Medeiros, 2000; Malgesini, 2006; Orte y Ballester, 2008; Pinedo, 2005, 2008; Serra, 2008).

### **1.5.1.2. Perfiles de las personas que ejercen en la modalidad de calle**

El X Informe sobre Exclusión Social elaborado por Médicos del Mundo sobre toda la población que atienden en España (2005), destaca algunas características prevalientes en la población de personas que ejercen en la modalidad de calle en diversas ciudades de España:

Es predominantemente femenina, ejercida por mujeres, y de forma minoritaria por transexuales, travestis y hombres. Existe un alto índice de inmigrantes, entre el 70% y el 85%,

que empieza a ser visible a partir de los años 90. Entre las inmigrantes, predominan las provenientes de Latinoamérica, seguidas de las africanas. Entre las latinoamericanas, predominan las colombianas y las ecuatorianas. Predomina la situación de irregularidad administrativa de las inmigrantes; predomina el nivel de estudios primarios, seguido del secundario, y se han detectado casos de niveles terciarios. Las edades de las mujeres suelen oscilar entre los 18 y 50 años aproximadamente, con una media de 30 a 35 años, que difiere según la nacionalidad. Por lo general, las latinoamericanas son más mayores y las africanas y de Europa del Este más jóvenes. Entre las transexuales y los varones, la edad media es menor. Muy baja incidencia de mujeres provenientes de Europa del Este. Entre las españolas, la edad media es más alta que la del resto y, en gran proporción, el ejercicio de la prostitución callejera parece estar en relación a la drogodependencia por vía parenteral. Ello hace que sea un colectivo con alto índice de positividad en VIH/SIDA. Las inmigrantes tienen bajo índice de ITS y VIH/SIDA. Por lo general, se trata de personas sin adicciones, ni antecedentes penales. Se detectan más prácticas de riesgo entre los clientes. Las mujeres suelen manifestar que algunos clientes ofrecen más dinero a cambio de sexo sin preservativo.

Entre las transexuales, también hay prevalencia de extranjeras, en su mayoría latinoamericanas. La mayoría se encontraba en paro, están en situación de irregularidad y no presentan cobertura sanitaria. No suelen tener antecedentes penales.

Según diversas investigaciones (Meneses, 2003; Oso, 2001; Pinedo, 2005, 2008), la mayor parte de las mujeres entrevistadas dice no estar controladas por terceras personas ("chulos", proxenetes, parejas, etc.). Aunque se detectan diferencias sustanciales en determinadas ciudades. Por ejemplo, según Médicos del Mundo (2005), en Madrid, la mayor parte de las mujeres están vigiladas y controladas por personas y redes. En cambio, en ciudades más pequeñas las mujeres parecen trabajar de forma más autónoma.

La prostitución de calle ejercida por mujeres drogodependientes es la que presenta mayor vulnerabilidad social y sanitaria, siendo, igualmente, el grupo donde se observa el mayor grado de desestructuración familiar y de exclusión social. (Estébanez et al., 2002). Como consecuencia, las personas que ejercen en la calle presentan niveles altos de estrés psicosocial, menor Calidad de Vida, son más jóvenes en su inicio en la prostitución, mayor exposición a enfermedades de transmisión sexual, baja autoestima y mayor consumo de drogas ilegales (Emakunde, 2001, 2007; Pinedo, 2005, 2008).

En Asturias (Fernández, 2004, 2007; Ojer et al., 2007) el perfil es muy específico y diferente a las grandes ciudades como Madrid y Barcelona, donde predominan las inmigrantes de

distinta procedencia. En Asturias es ejercida mayoritariamente por mujeres españolas de mediana edad; tienen graves problemas asociados como son la drogodependencia, alcoholismo, problemas socio-familiares y económicos graves, problemas con la justicia y problemas de salud. Conocen los recursos de la zona y son usuarias asiduas de las ONG relacionadas con prostitución, además de los centros de salud, (Hospital, Salud Mental, Planificación familiar, etc.) y servicios de empleo. Las españolas suelen percibir salario social, en otros casos se encuentran en el paro o tienen otros trabajos de forma continuada o esporádica. La edad de comienzo en el ejercicio de la prostitución suele ser muy temprana, en algunos casos en la pubertad (13-15 años).

Las mujeres con problemas de adicción o toxicomanías surgen en España y en Asturias a finales de los 70 y principios de los 80; ejercen la prostitución para costearse las drogas y su consumo diario (Estébanez et al., 2002; Meneses, 2003; Pinedo, 2005; Pons, 1992; Santana, 2006). Sus condiciones de vida son precarias y su actividad se desarrollaba principalmente en la calle. Desde la década de los 70 hasta la década de los 90, el origen de estas mujeres era exclusivamente español, y la presencia de inmigrantes era nula. En la literatura científica sobre prostitución ha sido uno de los colectivos más estudiados, dados los factores de riesgo que rodean a estas mujeres y el entorno de la prostitución de calle (Pons, 1992; Rodríguez, 2002; Vanwesenbeck, 2001), como son el VIH-SIDA, las ITS, enfermedades crónicas, trastornos psicológicos, etc. Por otro lado, son mujeres marginadas y excluidas socialmente debido a su condición de toxicómanas y porque ejercen la prostitución. Actualmente sabemos que en España, y en Asturias también, este colectivo es minoritario y tiende a desaparecer (Fernández, 2004; 2007; Ojer et al., 2005, 2007; Pons, 1992).

En Asturias, la prostitución de calle también es ejercida, de forma muy minoritaria, por mujeres inmigrantes procedentes de África Subsahariana (Fernández 2007, Ojer et al., 2007). El perfil de estas mujeres es coincidente con los perfiles descritos por Juana M<sup>a</sup> Santana, (2006), por la Comisión de Malos Tratos (CIMTM, 2002) y por González y Tirado (2006): son mujeres jóvenes que desconocen el idioma; su proceso migratorio es largo e inmerso en redes de tráfico; para garantizar el pago de las deudas se les practica rituales de magia; tienen dificultades para acceder a los recursos por falta de “papeles”.

## **1.5.2. Prostitución de piso**

### **1.5.2.1. Descripción de la modalidad de piso**

Este tipo de prostitución se encuentra actualmente en expansión y supone el 60% de la prostitución total, pero es la modalidad más invisibilizada y discreta (Pinedo, 2008). La prostitución de calle ha ido desplazándose también hacia otros escenarios más privados que los club de carretera y urbanos, como son los pisos (Serra, 2008). Existe un mayor número de personas españolas ejerciendo en esta modalidad frente a la modalidad de club debido a su discreción, mejor horario para compaginar con el trabajo de ama de casa o en otros sectores, mayor facilidad para mantenerse en el anonimato y no ser reconocidas por los clientes, etc. (Emakunde, 2001, 2007; López y Pinedo, 2007; Malgesini, 2006; Pinedo, 2008; Serra, 2008). Las mujeres acceden a esta modalidad de prostitución llamando personalmente a los anuncios de demanda de mujeres publicados en prensa ('se necesita chica'). No se suele pedir un perfil concreto, exceptuando la 'buena presencia', y en muchas ocasiones ser autóctona (Malgesini, 2006; Serra, 2008).

Diferentes estudios en España analizan las características más relevantes de esta modalidad (APRAMP, 2005; CIMTM, 2002; Defensora del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra, 2005; Emakunde, 2001, 2007; Fernández, 2007; González y Tirado, 2006; Guilló, 2005; Malgesini, 2006; Ojer, 2007; Ortí, 2005; Oso y Ulloa, 2001; Pinedo, 2005, 2008; Serra, 2008). Las características más relevantes son las siguientes:

La Prostitución de piso se realiza en domicilios privados; en algunos casos, la vivienda es propiedad de una mujer que ejerce en el piso o es de la Madame (persona que regenta el piso); en otros casos, son pisos alquilados específicamente para el ejercicio de la prostitución. De forma minoritaria, el piso es el propio domicilio de la mujer o mujeres que ejercen en el mismo.

La ganancia de cada servicio sexual se reparte a razón de un 25%- 40% para la Madame, y un 75%-60% para las mujeres que ejercen en el piso; pero en la mayoría de los casos van al 50%. El porcentaje de comisión que cobran las Madames cubre los gastos de mantenimiento de la vivienda, así como las gestiones de contactos con clientes, los anuncios en prensa, etc.

Los pisos se encuentran mayoritariamente en el centro urbano de la ciudad, generalmente en calles céntricas y conocidas. Los motivos para la situación de los pisos son la privacidad,

intimidad y discreción que se exige para el cliente y para las propias mujeres de los pisos. La prostitución de piso no suele aparecer en localidades pequeñas.

La prostitución de piso no está sujeta a ningún tipo de control sanitario, policial o de industria. No exige una gran inversión económica y tampoco está ligada al pago de impuestos municipales y de Hacienda, como lo están el resto de los establecimientos públicos (Bares, Cafeterías, Bares de Alterne, Club, Club-Hotel, etc.). Tan solo se necesita el alquiler de un piso y la publicidad del piso en prensa o en Internet. Este hecho propicia la apertura y cierre de muchos pisos; existe un cambio constante y muy rápido en la localización de los pisos y la ubicación de las mujeres, lo que dificulta el acceso de las ONG para el desarrollo de los programas de acercamiento; dificulta el acceso a datos sobre las mujeres y los pisos; dificulta cualquier seguimiento o control que se quiera ejercer sobre esta modalidad de prostitución.

Por otro lado, al ser más difícil el control policial, o al ser más fácil eludir este control, es más fácil que en algunos de estos pisos puedan actuar las redes organizadas de tráfico de mujeres con fines de explotación sexual.

Existen varios tipos de pisos; las características de cada modalidad de piso son las siguientes:

- ✓ Pisos formados por varias mujeres que deciden alquilar un piso para ejercer la prostitución; en este caso, no existe una Madame; las ganancias de cada servicio sexual son al 100% para cada mujer y todas comparten los gastos de mantenimiento del piso (limpieza, luz, teléfono, agua, anuncios en prensa, etc.). El número de mujeres suele estar alrededor de cuatro.
- ✓ Pisos donde existe una Madame; suele ser la propietaria o inquilina del piso y se encarga de los gastos y del mantenimiento del piso, así como de los gastos derivados del ejercicio de la prostitución (anuncios en prensa, limpieza, productos de higiene íntima, preservativos, etc.); además se encarga de coger el teléfono y recibir a los clientes. Las Madames suelen ser españolas y no siempre han ejercido la prostitución; en otros casos la ejercen actualmente en el piso. También existen Madames inmigrantes que llevan tiempo en España y han ejercido anteriormente en club y pisos. La comisión de cada servicio sexual es variable en cada piso, y oscila entre el 50% y 25% para la Madame y entre el 50% y el 75% para la mujer que ejerce.
- ✓ Pisos de una mujer sola, que ejerce de forma individual e independiente, sin tener un horario establecido; suelen fijar ellas mismas el número de clientes al día o la semana y tienen sus propios contactos. Este tipo de prostitución de piso es más difícil de controlar porque no necesariamente se anuncian en prensa.



- ✓ Pisos de 24 horas. En este caso, las mujeres están todo el día en el piso, descansan horas sueltas para ir a su casa o hacer compras. Suelen estar regentados por una mujer o por un hombre. Son pisos con un mayor número de mujeres (desde 6-7 mujeres hasta 14). En algunos casos funcionan con el sistema de plaza al igual que en los club (las mujeres ejercen 21 días seguidos, y descansan 1 semana que coincide con la menstruación). En estos pisos, las personas que lo regentan se encargan de todas las gestiones y de la manutención de las mujeres y perciben un 50% de comisión de cada servicio sexual.
- ✓ Pisos específicos de servicios especiales: masajes (ofrecen servicios de masaje erótico sin relación o con relación sexual completa. Funcionan igual que los pisos mencionados anteriormente); sado-masoquismo (ofrecen estos servicios y funciona igual que los anteriores).

La variedad de pisos es grande y es difícil unificar sus características. Por un lado existen pisos compuestos por mujeres solas o una o dos mujeres que ejercen de forma individual y de forma autónoma, y por otro lado, existen pisos compuestos por más de 15 mujeres y regentados por el dueño del piso o la madame y que se rigen por las mismas condiciones que un club.

Un cambio importante que se ha constatado dentro del fenómeno de la prostitución es el uso de la publicidad de los locales. Actualmente y en relación a los pisos de contactos, los medios son los siguientes:

- ✓ Anuncios de contactos sexuales en las páginas Web relacionadas con la Industria del Sexo,
- ✓ Anuncios en páginas Web específicas para contactos sexuales,
- ✓ Páginas Web personales de cada mujer o de cada piso, que anuncia tarifas, horarios, servicios, localización, fotos, etc.
- ✓ Anuncios cortos en la prensa local donde se especifica el servicio sexual y el teléfono de contacto.

Los teléfonos móviles y las páginas personales en la Web han propiciado la desaparición de los Bares de contactos que menciona Ignasi Pons (1992) en su estudio sobre prostitución en Asturias. En los años 90 los Bares de contactos eran muy habituales porque se necesitaba un intermediario para establecer el contacto entre el cliente y la mujer. Actualmente la tenencia de un teléfono móvil personal ha solucionado el problema de los contactos directos con los clientes y la discreción absoluta para la mujer.

En los pisos el precio por servicio sexual oscila entre los 30 y los 80 euros por media hora; la tarifa se incrementa en función del tiempo y del tipo o variedad de servicios; para las mujeres que se anuncian como mujeres de compañía o Escorts los precios oscilan entre 120 y 150 euros. En el

caso de los masajes, los precios son los siguientes: 30 minutos, 50-60 euros; y 1 hora, desde 100 hasta 120 euros. Otro servicio que se ofrece desde los pisos son las *Salidas*, que consiste en acudir a una cita con un cliente en un Hotel o en el domicilio particular del cliente. En este caso los precios oscilan entre 120-140 euros la hora, más el pago del taxi y del hotel.

Las ganancias mensuales que estiman las mujeres entrevistadas es de alrededor de 1.200-2.000 euros; las ganancias están en función de los precios de los servicios y sobre todo de la afluencia de clientes. En algunos casos, las ganancias mensuales en pisos pueden llegar a 3.000-4.000 euros libres (descontando gastos del piso, anuncios, etc.).

El horario de los pisos es variable: existen pisos de mañana y tarde, con horario continuado, de 10 de la mañana hasta las 7-8 de la tarde. Suelen descansar el sábado por la tarde y el domingo; pisos de 24 horas, donde las mujeres permanecen durante 21 días; también existen pisos de 24 horas donde las mujeres hacen una rotación de horarios o turnos; pisos de mujeres que ejercen solas y por lo tanto ejercen en cualquier horario o día de la semana. En general, la dedicación de cada mujer en cada piso también varía y depende de lo acordado con la persona que regenta el piso; las mujeres pueden estar en el horario habitual del piso o solo venir por horas o días sueltos.

El tamaño de los pisos es también variable: Pisos de 1 mujer sola que ejerce de forma independiente; pisos de varias mujeres (de 3 hasta 8 mujeres); pisos que se rigen como un local, cuentan hasta con 16 mujeres y abren 24 horas.

El contacto sexual se ofrece en las habitaciones del piso o se realiza fuera (se denomina *Salida*), y puede ser en un Hotel o en el domicilio del cliente. El pago es en metálico o con tarjeta de crédito.

Los temores más habituales entre las mujeres que ejercen en los pisos: miedo a las “salidas”, porque no saben con quién o qué tipo de cliente se van a encontrar en su cita; por este motivo suelen evitar las citas con desconocidos; por otro lado, se sienten inseguras si se encuentran solas en el piso o si las compañeras están todas ocupadas en las habitaciones; por este motivo suelen mentir a los clientes sobre cuántas personas están realmente en el piso o si están solas. Otros miedos habituales son los relacionados con clientes que consumen alcohol en exceso o drogas y con los clientes con trastornos mentales, porque nunca saben cómo van a reaccionar.

### **1.5.2.2. Perfiles de las personas que ejercen en la modalidad de piso**

Las personas que trabajan en este tipo de prostitución son el grupo que mejor estado de salud presentan y tienen un mayor acceso a los sistemas sanitarios y sociales, por lo que no se encuentran tan aisladas como en otras modalidades (CIMTM, 2002; Emakunde, 2001, 2007; López y Pinedo, 2005; Pinedo, 2005, 2008; Serra, 2008). Existen dos perfiles diferenciados: por un lado, las mujeres inmigrantes que suelen llevar tiempo en nuestro país; cuando llegaron a España se dedicaban a la prostitución de club, después, cuando llevan un tiempo en España y han obtenido los “papeles” optan por ejercer en un piso. La mayoría compagina la actividad con otros trabajos en otros sectores; por otro lado, las mujeres españolas que tienen un perfil muy diferente de las mujeres que ejercen en la calle; en este caso son mujeres con un abanico amplio de edades: jóvenes (en torno a las 20 años), mujeres de mediana edad (30-50), e incluso mayores de 50 años; No tienen problemas asociados a toxicomanías, ni tampoco graves problemas socioeconómicos. Suelen ser mujeres que han podido ejercer siempre en piso, o anteriormente en club o no haber ejercido nunca; otras son amas de casa, estudiantes, o personas que han abandonado su profesión para dedicarse a la prostitución de piso. En otros casos son mujeres que compaginan el ejercicio con trabajos en otros sectores como el servicio doméstico, la hostelería, cuidado de personas, etc. Su horario en el piso es más variable, en algunos casos solo acuden al piso de mañana o de tarde, o acuden por horas o días sueltos. En otros casos están en el piso en horario completo.

El estudio realizado en Madrid por la Comisión de Investigación de los Malos Tratos a Mujeres (CIMTM, 2002) nos ofrece los perfiles actuales de las mujeres españolas: las españolas predominan en la modalidad de prostitución de alto standing y sus variantes (call-girls, chicas de compañía, saunas, casas de masaje, peep-shows); prostitución más especializada y utilizando nuevas formas, como internet. También son mayoritarias en los pisos de contactos de propiedad propia y explotación individual o colectiva. Las españolas también ejercen en club, aunque su presencia en hoteles de plaza es mucho menor. Las españolas definen el ejercicio de la prostitución como modo de vida permanente. Las que han estado en el trabajo doméstico como ocupación previa declaran que no volverían a trabajar en dicho sector, dada la extrema precariedad y los abusos.

El estudio de la Comunidad Valenciana (Serra, 2008) consta la existencia de una prostitución ejercida por mujeres españolas que es ocasional y no tiene carácter estable; se realiza para obtener ingresos añadidos en ciertos periodos o para hacer frente a determinados gastos; la prostitución es complementaria, compatible con los estudios, el trabajo en otro sector o el cuidado de la familia; este perfil huye de la mayor visibilidad de la calle y los club, y se refugia en pisos.

### **1.5.3. Prostitución de club**

#### **1.5.3.1. Descripción de la modalidad de club**

Para la descripción de esta modalidad se cuenta con los datos ofrecidos por los estudios que describen y analizan las características más específicas relacionadas con la modalidad de club y el perfil de las personas que ejercen esta modalidad en España; los estudios son numerosos y muy similares en cuanto a los datos (APRAMP, 2005; CIMTM, 2002; Defensora del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra, 2005; Emakunde, 2001, 2007; Fernández, 2004, 2007; González y Tirado, 2006; Guilló, 2005; Malgesini, 2006; Ojer et al., 2007; Ortí, 2005; Oso y Ulloa, 2001; Pinedo, 2005, 2008; Serra, 2008) por lo que en esta sección haremos un resumen de las características más comunes.

La Prostitución de club se ejerce en locales o establecimientos que cuentan con instalaciones y servicios que ofrecen a los clientes las siguientes posibilidades:

- tomar una copa solo o acompañado,
- tomar una copa en reservado acompañado por una mujer,
- servicio sexual en una habitación,
- hacer una salida con una mujer a un hotel cercano o al domicilio del cliente,
- servicio sexual en la habitación con baño con burbujas,
- espectáculo de mujeres que cantan y bailan,
- espectáculos de desnudos,
- sorteos entre los clientes que incluye un servicio sexual con una mujer del local,
- fiestas de disfraces, fiestas navideñas, fiestas de verano, etc.

En los club las personas suelen tener libertad para elegir los clientes con los que ocuparse, por lo que tienen más control sobre las condiciones en las que desarrollan la actividad (Agustín, 2000; Serra, 2008). Sin embargo, también se debe señalar que existe un mayor control por parte de los dueños de los locales en el número de clientes y consumiciones que se realizan al cabo de la semana; cuanto más copas beba el cliente o cuantos más servicios sexuales se efectúen, más ganancias obtienen los dueños (Fernández, 2004; Malgesini, 2006).

Las condiciones en las que se desarrolla la actividad varían según la actitud del dueño del local. Algunas mujeres dicen estar muy satisfechas con el trato, el sueldo y las condiciones, otras

han vivido verdaderas situaciones de coacción y secuestro y otras se quejan de que las condiciones han sido muy duras (Fernández, 2004; Malgesini, 2006; Oso, 2001).

Una de las mayores desventajas y quejas de las mujeres que ejercen en club son las condiciones económicas (Fernández, 2004): la actividad se realiza en concepto de comisión y no con fijos mínimos diarios (como se estipulaba en los años 90 en Asturias, Pons, 1992); se les obliga a ejercer bajo fuerte presión para el pago de las deudas diarias, y las deudas a largo plazo; ejercer a comisión supone asumir que las ganancias no dependen del rendimiento personal, sino de factores externos poco controlables (la falta de clientes en determinados días o épocas, por ejemplo, o una enfermedad que impida trabajar en un momento).

En el estudio (Fernández, 2004) realizado en los club de Avilés se recogen los aspectos más relevantes de esta modalidad:

- ✓ Son espacios cerrados y escasa ventilación. A penas ven la luz del día, especialmente en invierno; entran y salen de noche del local; el resto del día lo utilizan para dormir. Excesivo ruido en algunos de los locales. Las mujeres se quejan de trastornos de sueño; concilian mal el sueño a pesar de estar muy cansadas y no se acostumbran al turno de noche. Sólo realizan una comida completa al día. Por lo general, las mujeres se quejan de problemas intestinales por la irregularidad de las comidas y por el alcohol que tienen que ingerir en el club con el estómago vacío. Con el horario de nocturnidad casi no tienen tiempo de relacionarse con amistades que tengan otro tipo de horario laboral (de mañana o tarde); el descanso entre semana (los martes o lunes generalmente) tampoco les permite participar en reuniones sociales, pues generalmente se reservan estas reuniones para los fines de semana; otro inconveniente del horario nocturno es que apenas tienen horario para realizar gestiones (bancos, médico, extranjería, asuntos sociales, etc.) que suelen tener horario de mañana. En cuanto a la indumentaria se quejan del calzado alto, el coste de los vestidos y de la peluquería y maquillaje.
- ✓ Las mujeres del local ofrecen servicios variados a cambio de dinero. El propietario del club percibe una comisión por cada uno de los servicios; la comisión media que se ha registrado en diferentes Comunidades Autónomas es la siguiente:
  - Consumición de copas, el 50% de ganancias para el propietario y 50% para la mujer. Las copas suelen costar alrededor de 6 euros la consumición normal para el cliente y 30 euros para la mujer. En algunos locales, la comisión para la mujer por cada copa solo es del 20%.
  - Servicios sexuales: El precio actual por 30 minutos de servicio sexual es entre 50-60 euros de media. El precio depende de las instalaciones del local y de las zonas.

La comisión de cada servicio para el propietario oscila entre el 40 y 25% y para la mujer entre el 60 y el 75%. El pago de los servicios que ofrece el club suele ser en metálico o con tarjeta y siempre se paga por adelantado en taquilla.

- ✓ El horario de los club es variable y depende de la ubicación: Los club que se sitúan en el núcleo urbano suelen abrir a partir de las 10, en algunas localidades pequeñas a las 11 o a las 12 de la noche, para evitar problemas con los ciudadanos. Los club de carretera abren por la tarde, desde las 5-6 de la tarde. En algunos club de carretera abren a las 2-3 de la tarde. El horario de cierre suele ser a partir de las 4 de la madrugada, hasta las 6-7, que en algunos casos coincide con los horarios del autobús o el tren para regresar a las localidades de residencia.
- ✓ Las ganancias mensuales de las mujeres son variadas y dependen de la ubicación de los locales; en las localidades más pequeñas la media de ganancias es entre 500-800 euros al mes. En otras localidades (de centros urbanos o ciudades importantes) la media es de 2.000-2.500 euros. Las ganancias también dependen de los precios y las instalaciones del local; en los club más grandes y con precios más caros se pueden ganar al mes en torno a 4.000 euros.
- ✓ En los club existen normas impuestas que regulan las actividades de las mujeres en el local:
  - Existe un horario que debe ser cumplido estrictamente; si no se cumple, en algunos club se multa a la mujer (30 euros).
  - Se debe asistir al local todos los días excepto uno que es para descanso; si no se cumple, en algunos club, se multa a la mujer (60 euros) y deben justificar la falta con un justificante médico.
  - No se puede salir o quedar con los clientes fuera del local.
  - No se permite a las mujeres del local el consumo público de drogas; en algunos locales sólo permiten tomar una copa de alcohol al día a las mujeres del local.
  - Si se ofrecen comida y alojamiento, el pago suele ser diario o semanal.
- ✓ Los club son variados y en cada localidad se ofrecen diferentes modalidades:
  - Club de alterne o Whiskerías generalmente situados en los núcleos urbanos, en el centro de la ciudad; en estos establecimientos no siempre se tienen habitaciones con baño, sino reservados y habitáculos con una cama habilitados para el servicio sexual.
  - Club con salón para tomar copas y habitaciones para el servicio sexual.
  - Club hotel con salón para tomar copas y habitaciones para el servicio sexual; además cuentan con instalaciones para ofrecer alojamiento y comidas a las mujeres que residen en el propio club; el coste medio en las Comunidades Autónomas del

Norte de España suele ser de 20 euros al día. En otros locales sólo se les ofrece la cena; cuentan con una cocina y una cocinera. El pago puede ser desde 3 hasta 10 euros.

- Club que ofrecen los servicios sexuales en el local y por el día ofrecen servicios de salidas como se ofrecen en un piso.
- ✓ El tamaño de los club es variable y depende de la ubicación. Por lo general, los club están en el centro de la ciudad (el 75% de los club localizados); suelen ser locales pequeños y van desde 3-4 mujeres hasta 15. Otros locales que están más apartados y a las afueras de la ciudad pueden llegar a 20 mujeres. Los macro-club (40 -60 mujeres y en algunos casos hasta 100) suelen estar cerca de polígonos industriales. Estos club funcionan con el sistema de plaza de 21 días: la mujer trabaja tres semanas seguidas en el club, sin descanso (coincide con la ausencia de menstruación), y el dueño les cobra una cantidad diaria -generalmente 40 euros- en concepto de alojamiento y manutención.
- ✓ Los riesgos percibidos son los siguientes: miedo a las personas que consumen en exceso alcohol y drogas y con trastornos mentales, porque pueden perder el control o no saben cómo van a reaccionar; las inmigrantes que se encuentran de forma ilegal tienen miedo a los controles policiales en el local y se sienten inquietas y en constante alerta. Se quejan de que en algunos casos las habitaciones del local se encuentran alejadas de la barra o del salón del club (en la planta baja o en la planta de arriba) y no existe vigilante o guarda llaves; se quejan de que las habitaciones están excesivamente alejadas para que se oigan las voces en el caso de pedir ayuda o auxilio. Para evitar este hecho nos sugieren que las habitaciones deberían tener dispositivos de alerta o timbres para pedir ayuda en caso de emergencia. Cuando se les pregunta sobre la frecuencia de estas situaciones, las mujeres nos dicen que no es lo más habitual, que nunca les ha ocurrido nada o que sólo les ha pasado una vez a ella o a una compañera del club.

### **1.5.3.2. Perfiles de las personas que ejercen en la modalidad de club**

En los club predominan las mujeres inmigrante y este hecho se ha constatado a lo largo de diversos estudios, realizados tanto a nivel nacional (Colectivo IOE, 1998; EDIS, 2004; Estébanez et al., 2002; González y Tirado, 2006; Malgesini, 2006; Médicos del Mundo, 2005; Monteros, 2005; Rodríguez, 2002), como estudios en diversas Comunidades Autónomas (Acién y Majuelos, 2003; Casal, 2001; ASE-Psiké, 1997; Ballester et al., 2003; Bonelli, 2001; Brussa, 2002, 2004; Calderón y Ortiz, 2003; Emakunde, 2001, 2007; Guilló, 2005; Jiménez y Vallejo, 1999; Meneses, 2003;

Ortí, 2005; Oso, 2002; Pinedo, 2005, 2008; Serra, 2008. etc.). También se ha constatado en estudios que se han realizado en Asturias (Fernández, 2004, 2007; Ojer et al., 2007). Las investigaciones calculan que las mujeres inmigrantes en los club suponen entre el 80% y el 90% del total de mujeres que ofertan servicios sexuales; los porcentajes varían según las Comunidades Autónomas.

En todos los estudios hallamos diversos perfiles de inmigrantes, A continuación vamos a analizar este colectivo de inmigrantes, que difieren en algunos aspectos, como son la procedencia, la modalidad que ejercen, las formas de entrada y acceso a la prostitución, formas de reclutamiento, etc. Para este apartado escogemos tres estudios que reflejan de forma esplendida los perfiles de las mujeres inmigrantes: la comparecencia de Médicos del Mundo en la Comisión Mixta de Juana M<sup>a</sup> Santana, (2006); el estudio de la Comisión de Investigación de Malos Tratos a Mujeres (CIMTM, 2002); el estudio sobre víctimas de explotación sexual de González y Tirado (2006) y el estudio de APDHA (Ación y Majuelos, 2003) en la costa de Almería que nos ofrece datos sobre el colectivo de mujeres africanas.

1º perfil: **Mujeres procedentes de África Subsahariana:** son mujeres jóvenes, (18 - 24 años), con un nivel de formación básico que desconocen el idioma. Su proceso migratorio viene caracterizado por la clandestinidad, por ser largo (entre 1 y 3 años) e inmerso en redes de tráfico. Para garantizar el pago de las deudas contraídas, se practican desde el propio país de origen rituales de magia negra o “yuyu”; el miedo y el control psicológico que ejerce esta práctica les impedirá denunciar esta situación y moverse con libertad; manifiestan desconfianza con las organizaciones de ayuda y con la población autóctona. A nivel social, no tienen relaciones con personas y no tienen ningún tipo de vínculo con gente de nuestro país. El rechazo social, el desconocimiento del idioma, el tipo de actividad que ejercen o la ausencia de autorización de residencia son, entre otros, los elementos que destacan como factores que pueden explicar este hecho. Suelen ejercer en la calle y en menor medida los club. Esta población tiene grandes dificultades para acceder al sistema público de salud durante los primeros años ya que les resulta imposible cumplir con los requisitos. Se trata de una población en principio sana, a pesar de haber sido víctimas en su mayoría de mutilación genital al haberles practicado distintos tipos de ablación. Son mujeres con escasa formación acerca de la sexualidad, desconocen en su gran mayoría el uso de los métodos anticonceptivos o los utilizan erróneamente, de ahí el elevado número de embarazos no deseados y de abortos. Las mujeres senegalesas, guineanas y nigerianas son los tres principales grupos que se dedican a la prostitución. Aquellas que no han sido víctimas de tráfico lo son, mayoritariamente, de chulos de su propia nacionalidad. La venta de un club a otro y la irregularidad documental se encuentra en un



porcentaje mucho más alto que en el resto de las nacionalidades. En estos casos (y también en las traficadas) se repiten los casos de demandantes de asilo. Normalmente sus chulos las fuerzan a pedir asilo como solicitantes de Sierra Leona. Esto es una fórmula ideal para que obtengan permisos temporales o definitivos y así proseguir con su actividad en los club.

2º perfil: Las **mujeres procedentes de la zona del Magreb**: siguen siendo relativamente pocas, aunque su número aumenta progresivamente; son jóvenes (25-34 años) y tienen la barrera del idioma; han abandonado su país de origen por la precariedad económica y por las dificultades para trabajar. Tanto en el proceso migratorio como en el de inserción social, se ven apoyadas por la población árabe residente en España; ejercen tanto en casas como en la calle, utilizando pensiones o su propio domicilio. Mayoritariamente iniciaron el ejercicio de la prostitución en su país de origen, donde el uso del preservativo es prácticamente nulo, situación que siguen manteniendo muchas de ellas, ya que mantener relaciones sexuales sin ningún tipo de protección les permite aumentar sus ingresos económicos, aumentando a su vez los factores de riesgo frente a las infecciones de transmisión sexual y el VIH. Los principales grupos nacionales son marroquíes y argelinas. El colectivo de las argelinas es más joven (entre 20 y 26 años) y la gran mayoría no tienen papeles, ni forma de acceder a un trabajo; mayoritariamente están ejerciendo la llamada prostitución de alto standing.

El estudio de APDHA (Acién y Majuelos, 2003) en la costa de Almería nos ofrece datos sobre el colectivo de **mujeres africanas**; para el estudio han entrevistado a 30 mujeres procedentes en su mayoría de Nigeria, Senegal, Marruecos, Ghana y Guinea Bissau; Las edades de estas mujeres se comprenden mayoritariamente entre los 20 y 35 años. En cuanto a su estado civil, 14 mujeres afirmaron estar casadas, 10 solteras, 4 separadas y 2 tienen una relación estable; más del 50% de la muestra tiene hijos pequeños que están en su país de origen; sólo 3 mujeres afirmaron estar en posesión de un título universitario; el resto se reparten a partes iguales entre los estudios primarios, secundarios y sin estudios; tienen experiencia laboral en el pequeño comercio o en peluquería, otras en cocina, confección, etc. Familia: 26 de las 30 mujeres entrevistadas afirmaron contar con sus padres, y la gran mayoría tiene varios hermanos; sus familias en origen dependen económicamente de ellas. El recorrido migratorio hasta llegar a la zona ha sido muy diverso. En el caso de las mujeres nigerianas el paso por Madrid es bastante frecuente, de hecho es común encontrar que algunas de ellas siguen viajando a esta ciudad más o menos frecuentemente, alegando que “tienen amigos-compatriotas allí”. El paso por otra ciudad europea, sin embargo, presenta mayor diversidad, ya que algunas afirman haber pasado por Alemania, otras por Holanda, otras por Francia, Italia, etc. En cuanto al modo o fórmula utilizada para entrar en España, lo mayoritario es

el visado de turista, seguido por la “patera” o “barco”. Las razones que llevan a emigrar son eminentemente económicas, necesitan ayudar a sus familias e hijos y/o no encuentran un trabajo en su país de origen. Tan sólo una de las chicas nigerianas afirmaba haber venido a este país por miedo a los conflictos bélicos. Sin embargo, hay decepción generalizada entre las entrevistadas, ya que no se cumplen sus expectativas en absoluto. Se encuentran sin documentación, en su mayoría, sin alternativa laboral al desempeño de la prostitución y sin esperanzas de que su situación vaya a cambiar en mucho tiempo. El tiempo de permanencia en España oscila entre unos pocos meses y más de cuatro años. Por otro lado, su movilidad en el espacio es muy grande, ya que viajan a buscar trabajo de forma temporal a lugares como Barcelona, Gerona, Lérida, etc. No obstante, su proyecto en estos viajes es de corto plazo, ya que siempre vuelven a Almería. Otra constante entre las mujeres es la expresión del carácter transitorio y ocasional de su actividad; las pocas que consiguen regularizar su situación, o se mantienen en el ámbito de la prostitución de forma exclusiva, o compaginan esta actividad con trabajos esporádicos y de temporada. La forma de entrar en contacto con la prostitución es a través de las redes de compatriotas; aunque hay cierta variedad: algunas ya habían trabajado en club y bares en otras ciudades; otras empezaron aquí tras haber convivido con “familiares”, que no han podido hacerse cargo de ellas, también en otras ciudades o tras un breve periodo en Ceuta o Algeciras. Algunas llegaron aquí directamente a través de las redes.

3º perfil: El colectivo de **mujeres latinoamericanas** (CIMTM, 2002; Santana, 2006). La edad oscila entre 25-34 años. Se trata de mujeres cuyo tiempo de residencia en nuestro país es mayor respecto al de las mujeres africanas, por lo que muchas de ellas cuentan con autorización de residencia y / o trabajo y se encuentran en la etapa de asentamiento dentro de su proceso migratorio. El nivel formativo es medio-alto y ya han ejercido en su país de origen una profesión remunerada. Los problemas vienen a la hora de homologar los títulos. Al encontrarse en situación regularizada, han iniciado procesos de reagrupación familiar, mantienen una doble vida: por una parte son madres de hijos escolarizados, vecinas con un nivel económico considerable, mantenedoras de su familia en el país de origen y por otro, ejercen la prostitución como medio para generar ingresos económicos e intentar mantener su estatus social. Ejercen en club, o bien domicilios particulares que alquilan ellas mismas. Desde el punto de vista sanitario, se trata de una población también en principio sana y con un nivel de información-concienciación medio-alto con respecto al cuidado de su salud. En cuanto a las formas de acceso a la prostitución las autoras constatan los siguientes datos para el colectivo de mujeres inmigrantes latinas: las mujeres dominicanas entran al país vía turismo o por contingente. Hay una fortísima relación de redes

familiares que prestan el dinero para el viaje de mujeres compatriotas y se han desarrollado redes específicas de captación de mujeres con fines de prostitución que prometen empleo doméstico y hostelero. La prostitución dominicana está focalizada en todo tipo de club de alterne, prostitución de alto standing y pisos de contacto compartidos regentados por mujeres. Las mujeres cubanas y dominicanas son especialmente víctimas de las redes de "novias por correo" y "matrimonios de conveniencia". En cuanto a las mujeres brasileñas están más relacionadas con redes estables, jerárquicas y organizadas cuyos fines son específicamente la explotación sexual. Las colombianas y ecuatorianas suelen entrar de forma ilegal en el país, bien para su explotación laboral como empleadas domésticas, para la prostitución o para ambas cosas. Muchas de ellas comienzan en el trabajo doméstico y acaban en la prostitución como un medio más rápido de pagar sus deudas y comenzar a enviar dinero a sus familias, o porque son directamente inducidas por los prestamistas. También se ha constatado la presencia menor de bolivianas, peruanas, y argentinas. Respecto a la situación documental depende de la forma de iniciación/ reclutamiento. Alrededor del 36% tienen papeles de residencia y están empadronadas.

4º perfil: El grupo de **mujeres procedentes de Europa del Este**: las mujeres procedentes de Polonia, Rusia y Rumanía son las más numerosas. De este grupo, algunas de ellas han optado por el matrimonio con clientes o por tener hijos nacidos en España para regularizar su situación, aunque muchas siguen manteniendo la irregularidad al no contar con la documentación necesaria para convertirse en residentes. Comparadas con los otros grupos su presencia en el alto standing es más notable, así como en el sector de peep-shows, espectáculos eróticos en general, saunas., etc. Como en el caso de las subsaharianas, la presencia de mujeres del Este se debe mayoritariamente a la trata con fines de explotación sexual. No todas las redes tienen un perfil de organización criminal. El nivel organizativo de las redes depende muchas veces del país.

En el estudio realizado en los club de Avilés (Fernández, 2004) se extraen las siguientes conclusiones: la mayoría (el 97%) de las mujeres inmigrantes se encuentran en situación irregular en nuestro país; no tienen los "papeles" en regla (permiso de residencia y de trabajo, visado o pasaporte), lo que facilita situaciones de abuso y explotación económica así como una constante movilidad geográfica para evitar problemas policiales y judiciales. Tienen un alto grado de movilidad a nivel regional y nacional; permanecen en España solas (sin familia) al menos 2 años, lo que implica falta de arraigo cultural, familiar y personal; la movilidad supone el desconocimiento y la falta de acceso a los servicios sanitarios, sociales, judiciales, etc. de la zona y por lo tanto la falta de constancia en los controles sanitarios, la falta de demandas sociales, etc. El tipo de emigración que realizan las mujeres inmigrantes es mayoritariamente autónomo, apoyadas por redes

comunitarias y familiares que no difieren de las que se emplean para el servicio doméstico o el cuidado de personas en España. El tipo de emigración no está exento de deuda económica a intermediarios o familiares. Una vez en España, se les proporciona una dirección o un teléfono de contacto con otros inmigrantes o con españoles que les ofrecen una plaza en un hotel-club. Una vez que llevan tiempo en España y han saldado la deuda más importante, suelen buscar un piso en la ciudad, generalmente compartido con otras compañeras de trabajo o con amigos de su país de origen. Viviendo en un piso, parece que su calidad de vida mejora y se “normaliza”: realizan actividades de ocio, salen con amigos, se relacionan con más gente, regulan sus horarios de comida, buscan más apoyos y recursos, conocen la ciudad y los servicios públicos, etc. Son mujeres con cargas familiares importantes. El dinero que se envía a la familia nuclear cubre necesidades básicas, como la alimentación, la educación de los hijos, la vivienda, o la compra de una casa. En otros casos sirve para atender necesidades sanitarias, como operaciones o tratamientos médicos; o incluso, la compra de un negocio para la familia, con las expectativas de volver al país de origen y trabajar allí. Estas cargas familiares suponen en algunos casos una presión importante, por la necesidad de mantener el status social y económico adquirido. Su formación educativa y experiencia profesional no es acorde con los trabajos que desempeñan en España. Son mujeres que han podido acceder a la cultura y a la formación académica; el 40% tienen al menos titulación media; el 60% han trabajado en su país de origen en diferentes sectores; sin embargo, la mayoría, el 88%, vienen a nuestro país para ocuparse directamente en un club; no tienen experiencia previa en la prostitución, pues la mayoría no ejercían en su país de procedencia.

En cuanto al perfil socio- sanitario de las mujeres que ejercen en los club de Avilés es el siguiente: son predominantemente mujeres inmigrantes jóvenes, en edad fértil y madres de familia mono- parentales; el intervalo de edad más frecuente es de 24-26 años; tiene hijos el 70% y tienen una media de 1-2 hijos, que residen junto con la familia en el país de origen; esta situación las convierte en cabeza de familia de 4 -5 personas de media y con cargas económicas importantes. Los hijos no viven con sus madres; están a cargo de los abuelos en el país de origen; la mayoría intentan traer a su familiares a España para asentarse, pero tienen dificultades para la reagrupación familiar por varias razones: falta de “papeles” en regla y por lo tanto miedo a ser retenidas en su país; si traen a los hijos no tienen posibilidades de atenderlos, dada las características del ejercicio en el club: nocturnidad, estigma social, etc.; las que desean traer a sus hijos, planifican previamente el casamiento o la unión con un español, para arreglar los “papeles”, con la posibilidad de dejar el trabajo actual y atender a sus hijos. En general, se observa una tendencia a la búsqueda de apoyos de redes sociales, ya que las inmigrantes suelen vivir con compañeras del club (el 68%) o con la pareja, amigos o familiares (el 28%) y tan sólo el 3% viven solas. Se constata que las mujeres

tienden a realizar controles sanitarios para la prevención y cuidado de su salud; todas intentan empadronarse para obtener la tarjeta sanitaria y acuden a los controles de las ITS en los centros de la zona. El ejercicio en club tiene asociado el consumo de alcohol y tabaco; pero se constata que el 90,4% no consumen ni han consumido ninguna vez ningún tipo de droga. Existen perfiles diferentes de mujeres inmigrantes en los club y por lo tanto con necesidades diferentes; hay mujeres que están asentadas desde hace tiempo en nuestro país y su situación es legal, han tenido varios trabajos en otros sectores y han reagrupado a su familia; hay mujeres que son “turistas” y que tan solo vienen por tres meses a ejercer la prostitución; hay mujeres inmigrantes en situación ilegal que han venido a España y han accedido a la prostitución a través de diferentes formas.

# CAPÍTULO II: SALUD Y CALIDAD DE VIDA

## 2.1. Introducción

La Calidad de Vida es un concepto que surge en los años 50; su evolución y expansión en el campo de la investigación ha sido muy rápida en las últimas décadas, especialmente en los 90 donde se han articulado un centenar de definiciones, más de un millar de referencias bibliográficas en Psicología y más de un millar de instrumentos de evaluación sobre diferentes aspectos de la Calidad de Vida (Fernández-Ballesteros, 1998; Schalock y Verdugo, 2003).

La Calidad de Vida tiene gran relevancia, no solamente científica, sino también social, y se ha convertido en el objetivo por excelencia del estado del bienestar y de las políticas socioeconómicas de los países desarrollados (Fernández-Ballesteros, 1998). Su evaluación y medición puede ser aplicados en diversos ámbitos y su funcionalidad dependerá de los objetivos y finalidades, entre otros: la evaluación de la eficacia de programas, tratamientos, intervenciones, con pacientes y familiares, etc.; la evaluación del índice de Calidad de Vida y bienestar de colectivos específicos; la evaluación del bienestar general de la población o de comunidades concretas; el índice de satisfacción de la población en materia de Salud, empleo, vivienda, etc., etc.

Desde una concepción genérica la Calidad de Vida se define como bienestar general, producto de la satisfacción o insatisfacción con importantes aspectos de la vida (Ferrans y Powers, 1985). El bienestar general puede estar compuesto por dos elementos (Blanco y Díaz, 2005):

- el bienestar social o de una comunidad que tiene una connotación más objetiva, ya que supone la evaluación de elementos físicos, materiales, sociales y ecológicos de los diferentes contextos ambientales del individuo.
- y el bienestar personal o individual, de mayor connotación subjetiva, y formada por la percepción y evaluación del propio individuo sobre los elementos relacionados con el bienestar social.

Tenemos que tener en cuenta que para definir, delimitar y evaluar la Calidad de Vida se debe conceptualizar de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002a) o depende de las condiciones sociales (Fernández-Ballesteros, 1998) o las situación específica (transitoria o temporal) de una persona en un medio social, político, económico, laboral o sanitario concreto. Considerando que las expectativas de Salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad

para afrontar situaciones vitales estresantes pueden afectar la Calidad de Vida, dos personas con una misma situación tienen diferente percepción personal de su Calidad de Vida.

A pesar del auge y la gran relevancia que están adquiriendo el estudio y la investigación científica sobre la “Calidad de Vida” en varios campos (enfermedad, envejecimiento, discapacidad, mundo laboral, educación, etc.) consideramos que carece de un desarrollo teórico y práctico en colectivos de exclusión o en colectivos muy específicos como las mujeres que ejercen la prostitución. Apenas se ha encontrado literatura científica sobre Calidad de Vida en relación a la prostitución; por el contrario, hemos hallado numerosos estudios que relacionan las personas que ejercen la prostitución con tópicos como el VIH-SIDA, las Infecciones de Transmisión Sexual, la pobreza, marginalidad y exclusión, los problemas de Salud derivados del ejercicio, las toxicomanías, los trastornos mentales o psicopatologías, los malos tratos y la violencia, la inmigración y el tráfico ilegal, las condiciones socio-económicas del ejercicio, los problemas en las relaciones sociales y familiares, etc.; estos aspectos son parciales y no engloban todas las facetas o las dimensiones de la Calidad de Vida de una persona.

Consideramos que el estudio de la Calidad de Vida puede proporcionar el marco de investigación, evaluación y mejora de Calidad de Vida y Salud de las personas que ejercen la prostitución siempre que asumamos los siguientes principios:

- Su perspectiva individual, centrándose en la persona y en su ambiente.
- Su dimensión subjetiva en la percepción individual de la Calidad de Vida de una persona (Cummins, 1996; Schalock y Verdugo, 2003).
- Las evaluaciones personales están basadas en juicios que sopesan los atributos positivos y negativos de la vida (Grant, Padilla, Ferrell y Rhiner, 1990).
- Su multidimensionalidad debido a que tiene en cuenta la evaluación de múltiples aspectos relacionados con conductas o experiencias consideradas importantes para los propios individuos (Consiglio y Belloso, 2003).
- Las evaluaciones de la Calidad de Vida se realizan en el contexto del sistema de valores y la cultura del individuo, abarcando las metas personales, expectativas, niveles de vida y preocupaciones de una persona (Organización Mundial de la Salud, 1993).
- Asumir que el concepto es un constructo social que guía la realización de estrategias de mejora y es un criterio para evaluar la eficacia de estas estrategias (programas, políticas, servicios, etc.) (Schalock y Verdugo, 2003).

Por otro lado, nos parece idóneo asumir los cinco principios de aplicación de la Calidad de Vida con el colectivo de las mujeres que ejercen la prostitución descritos y analizados por Robert L. Schalock y Miguel Ángel Verdugo (2003, p.41). La finalidad y los objetivos de todo estudio de la Calidad de Vida en mujeres que ejercen la prostitución deberían ser los siguientes:

### **Objetivos de un estudio sobre Calidad de Vida de las mujeres que ejercen la prostitución**

1. Aumentar el bienestar personal de las personas evaluadas.
2. Aplicarse en función de la cultura y etnia de las personas que componen la muestra.
3. Promover un cambio en tres niveles:
  - un cambio a nivel de la persona evaluada o del colectivo de personas que componen nuestra muestra,
  - un cambio en las intervenciones (políticas, sociales, sanitarias, etc.) a nivel comunitario,
  - un cambio en la sociedad en general.
4. Aumentar el grado de control personal y de oportunidades individuales en relación con sus actividades, intervenciones o contextos.
5. Recoger primordialmente las evidencias y vivencias de cada persona para lograr dos objetivos:
  - identificar los predictores significativos de una vida de calidad,
  - valorar el grado en que los recursos sociosanitarios seleccionados mejoran los efectos positivos.

*Tabla 5: Objetivos de un estudio sobre Calidad de Vida de las mujeres que ejercen la prostitución Fuente: Schalock y Verdugo (2003, p.41)... Tabla de elaboración propia.*

## **2.2. Delimitación conceptual**

### **2.2.1. Concepto de Salud**

Tradicionalmente se ha definido la Salud en relación a la presencia o ausencia de enfermedad y en relación al diagnóstico de síntomas, índice de morbilidad y tasas de mortalidad (Güell y Morante, 2007). El estado de Salud de una población y los beneficios del cuidado de la Salud eran medidos por la tasa de mortalidad y esperanza de vida (Schalock y Verdugo, 2003; Schwartzmann, 2003). La evaluación clásica de la Salud se ha basado en los criterios defendidos por



el modelo biomédico (Yanguas, 2006): la observación o intervención médica (examen clínico, laboratorio, endoscopia); la comparación de diversos grupos de poblaciones (mediciones de mortalidad o la morbilidad) y las medidas de determinados aspectos individuales (antropométricas, fisiológicas y bioquímicas). Estos métodos de evaluación eran clasificados como fiables y cuantificables, frente a los métodos basados en la percepción subjetiva de los individuos. El modelo biomédico sostenía que todas las enfermedades pueden ser explicadas por procesos somáticos sin la necesidad de recurrir a procesos psicológicos y sociales; este modelo conlleva una serie de problemas como son: la dificultad para evaluar las variables que pueden modular el hecho de que un grupo de condiciones somáticas pueda o no llevar a la enfermedad; no puede explicar el hecho de que la efectividad de un tratamiento esté afectada por factores psicológicos y sociales; y tampoco puede explicar por qué resulta tan importante la relación paciente-médico (Engel, 1977).

Actualmente los avances científicos en el campo de la Medicina y de la Salud han contribuido, en los países desarrollados, al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, la disminución o eliminación de enfermedades infecciosas, la proliferación de tratamientos que atenúan o eliminan síntomas, las técnicas para la prolongación de la vida, el aumento de programas para mejorar el bienestar de los pacientes, etc. Estos avances favorecen la aparición de otras medidas de resultados más sensibles que las clásicas de mortalidad y morbilidad (Schwartzmann, 2003) y la sustitución del modelo biomédico por el modelo biopsicosocial. El modelo biopsicosocial sostiene que la Salud y la enfermedad son el resultado de interacciones entre variables biológicas, psicológicas y sociales, que podrían situarse a distintos niveles y que, conjuntamente, explican las diferencias en el inicio, la gravedad y el curso de cualquier enfermedad (Engel, 1977, 1980; Schwartz, 1982). Este modelo es congruente con el planteado por la OMS en la década de los 50 que define el concepto de Salud como: *“la Salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad...”*. (OMS, 1948). Aún siendo la definición de la OMS amplia y aceptable, se ha visto la necesidad de valorar de nuevo este concepto considerado demasiado estático y discutible la equiparación que realiza entre bienestar y Salud. Por lo tanto en 1958 re-define el concepto de Salud como: *“la Salud es la capacidad de realizar el potencial individual y la respuesta que el individuo da al ambiente en el que se desarrolla”* (OMS, 1958). De esta manera se intenta completar el concepto anterior concediendo un papel más activo al individuo, definiendo más claramente lo que es el bienestar, y aportando un concepto más dinámico y teleológico, ya que considera el ambiente cambiante y propone un fin, el desarrollo personal, es decir, conseguir el mayor bienestar posible.

La OMS considera que la Salud es un derecho humano fundamental y, en consecuencia, todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos. Una visión integral de la Salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la Salud y el bienestar individual y colectivo (OMS, 1998). En este nuevo escenario se resta importancia a la cantidad (morbilidad, mortalidad), para favorecer la Calidad de Vida: aliviar síntomas, mejorar el nivel de funcionamiento, conseguir mejores relaciones sociales, autonomía, etc., paradigma que cambia el concepto de cuidados de Salud y en donde se empieza a valorar el impacto de las enfermedades y sus tratamientos en función del bienestar y satisfacción de los pacientes, su capacidad física, psíquica y social, aumentar la esperanza de vida (Martínez y Lozano, 1998; Pelechano, 1992).

Los cambios en la estructura social y económica ocurridos durante el último siglo, los avances en el campo de la investigación médica y terapéutica y la nueva definición de la OMS del concepto Salud- Enfermedad han tenido un efecto fundamental en la Salud de la población, modificando sustancialmente el perfil epidemiológico y las condiciones de la Salud y enfermedad (Gordon, 1988). Los cambios más significativos son los siguientes:

- Se concibe la Salud de forma positiva, incluye nuevas dimensiones (físico, mental, social) y equipara la Salud con el bienestar (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993).
- La Salud positiva es concebida como la capacidad para afrontar situaciones estresantes y mantener un sistema de apoyo social fuerte, la integración en la comunidad, una alta satisfacción moral y vital, bienestar psicológico e incluso buenos niveles de forma y Salud física (Lamb, Brodie, y Roberts, 1988)
- Se da importancia al aspecto biopsicosocial de la enfermedad desde una perspectiva multidimensional donde no sólo el aspecto físico y sus medidas tienen importancia, sino también la percepción del paciente y su manera de afrontar la enfermedad (Güell y Morante, 2007).
- La Salud y la enfermedad son el resultado de interacciones entre variables biológicas, psicológicas y sociales, que podrían situarse a distintos niveles y que, conjuntamente, explican las diferencias en el inicio, la gravedad y el curso de cualquier enfermedad (Engel, 1977).
- Existen factores no biológicos que influyen en la percepción de Salud de la persona, como: el estado psicológico de la persona, la motivación y adherencia al tratamiento, las estrategias

de afrontamiento, el estado socioeconómico, la disponibilidad de cuidados de Salud, las redes de apoyo social, las creencias y conductas culturales e individuales, etc. (Bowling, 1994)

- La medida de los resultados de la intervención sanitaria no debe limitarse a la supervivencia post-intervención, complicaciones e indicadores físicos, sino que debe incluir la consideración del impacto de la condición y el tratamiento sobre el funcionamiento emocional y físico del paciente y estilo de vida (Bobes, González y Bousoño, 1995; Bowling, 1994).
- La preocupación por valorar las repercusiones que la enfermedad y su terapéutica producían en la vida de los pacientes, dio lugar a diferentes Escalas que evaluaban el impacto de la enfermedad sobre la vida de los pacientes (oncología, cardiología, reumatología, nefrología, VIH-SIDA, etc.) (Baca-Baldero, 1991).
- Esta nueva situación conlleva un cambio en la finalidad de los servicios de Salud, que deben pasar de luchar únicamente contra mortalidad-morbilidad a promover también la maximización de la Salud; se pasa de un modelo patogénico a otro enfocado a la promoción de la Salud (Polaino, 1987).

### **2.2.2. Concepto de Calidad de Vida**

Diversos autores han conceptualizado la Calidad de Vida desde diferentes perspectivas. Cummins, McCabe, Romeo y Gullone (1994) hallan en una revisión sobre definiciones de Calidad de Vida; el 85% de las definiciones incluye el bienestar emocional, el 70% los temas relacionados con la intimidad y el 56% el trabajo y las actividades relacionadas con la productividad. El término Calidad de Vida apareció por primera vez como concepto clave en la National Library of Medicine (NLM) de los Estados Unidos en 1966, en la base de datos de Medline en 1975 y en el Index Medicus en 1977 (Lizán, 1997). La revista más específica sobre Calidad de Vida, Quality of Life Research, fue lanzada en 1991 (Salas, 2008). En marzo del 2004 el PubMed de la National Library of Medicine (NLM) arrojaba 38,341 artículos con la expresión Calidad de Vida en su título o resumen (Padilla, 2005). En el contexto académico, la introducción del término Calidad de Vida se remonta al año 1949, en un artículo de Karnofsky y Burchenal, en el que se señalaba la importancia del bienestar subjetivo en la recuperación de enfermos de cáncer. En el plano institucional este auge se refleja en la creación por parte de la OMS en 1991 de un departamento de trabajo sobre este

particular que es conocido como el Grupo de Calidad de Vida de la OMS (World Health Organization Quality of Life Group, 1991).

En 1986 la OMS declara que en cualquier definición de Calidad de Vida se deberían incluir por lo menos alguno de los siguientes aspectos: Las capacidades cognitivas, conductuales y de bienestar emocional; el sentimiento subjetivo de bienestar y satisfacción vital; las condiciones socio-materiales objetivas de existencia y la percepción subjetiva de las mismas; la satisfacción derivada de las condiciones psicológicas y materiales reales y concretas de las personas; la percepción subjetiva del nivel de Salud personal y su capacidad para comportarse de forma satisfactoria; la percepción de la utilidad de la vida y la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano. Desde la OMS, La Calidad de Vida se define *como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la Salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno* (OMS, 1994). Esta definición pone de manifiesto criterios que afirman que la Calidad de Vida se refiere a una evaluación subjetiva, con dimensiones tanto positivas como negativas, y que está arraigada en un contexto cultural, social y ambiental (OMS, 1998). En 1994 la OMS intenta establecer una definición más amplia del término de Calidad de Vida: *“percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”*. Siguiendo esta definición, se establecen seis áreas que describen los aspectos fundamentales de la Calidad de Vida en todas las culturas, y son: área física, psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno y creencias personales.

Para la OMS (1995) las características de la Calidad de Vida son las siguientes:

- Engloba diferentes dimensiones de la persona (multidimensional): la Salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.
- Está relacionada con una evaluación subjetiva del individuo, (subjetividad).
- Incluye la dimensión positiva del bienestar.
- Está íntimamente relacionada con un contexto cultural, social y ambiental determinado.

En cuanto a las áreas o dimensiones que componen el concepto de Calidad de Vida, la OMS ha identificado seis extensas áreas que se desarrollan o aplican en todas las culturas:

- Área física (la energía, la fatiga),
- Área psicológica (sentimientos positivos),
- Nivel de independencia (movilidad),
- Relaciones sociales (apoyo social práctico),
- Entorno (la accesibilidad a la asistencia sanitaria)
- Creencias personales/espirituales (significado de la vida).

En relación a las medidas de Calidad de Vida el Grupo de la OMS establece las siguientes bases:

1. Las medidas son Subjetivas: recogen la percepción de la persona involucrada.
2. Las medidas son Multidimensionales: revelan diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.
3. Se deben incluir sentimientos positivos y negativos.
4. Se debe registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

A pesar de la aceptación mundial de los parámetros establecidos por la OMS para la definición y medida de la Calidad de Vida nos encontramos en la revisión bibliográfica con muchas definiciones sobre el concepto y sobre los dominios o factores que tienen más peso; Calidad de Vida es un concepto difícil de definir donde aún no se ha llegado a un acuerdo sobre su delimitación conceptual y sus componentes. En la tabla 6 exponemos un cuadro resumen sobre la evolución del concepto desde su nacimiento en los años 60 hasta la actualidad.

<b>Evolución del término Calidad de Vida</b>	
<p><b>Años 60</b></p> <p>Calidad de Vida se relaciona con el concepto Estado del Bienestar</p>	<p>Relacionado con el concepto Estado del Bienestar; se da menos importancia al crecimiento de la población y más importancia a los aspectos subjetivos como la satisfacción personal (nutrición, vivienda, sanidad, empleo, reducción de la desigualdad social, a la satisfacción de las necesidades básicas, etc.) (Arostegui, 1998; Gómez- Vela y Sabe, 2000)</p>
<p><b>Década de los años 70</b></p> <p>La expresión comienza a definirse como concepto integrador (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos</p>	<p>Se demuestra que las condiciones objetivas de vida se relacionaban, sólo parcialmente, con la experiencia subjetiva de una mejor Calidad de Vida ya que el determinante fundamental es la autopercepción, entre las características de la situación y las expectativas (Levi y Andersson, 1980; Najman y Levine, 1981).</p> <p>Campbell, Converse y Rodgers (1976) describieron los campos de satisfacción con la vida como aspectos personales de la vida (familia, matrimonio, amigos e ingresos); entienden por “satisfacción” la discrepancia percibida entre la aspiración y el logro, pasando por la percepción de realización hasta la de privación, y por “necesidad” la cantidad de una recompensa particular que una persona puede requerir.</p> <p>Flanagan (1978) identificó como los atributos importantes de la Calidad de Vida el bienestar físico/material, la relación con otros, las actividades social/comunitarias, el desarrollo/realización personal y la recreación.</p>
<p><b>Década de los años 80</b></p> <p>Esta década se centra en tres aspectos: la búsqueda de indicadores subjetivos, el carácter multi-dimensional y lograr un consenso respecto a las áreas (Bobes, González y Bousoño, 1995).</p>	<p>Levi y Anderson (1980): es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, y de felicidad, satisfacción y recompensa, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo. .</p> <p>Calman (1984): es la diferencia en un periodo de tiempo específico entre las expectativas y las experiencias reales.</p> <p>Ferrans y Powers, (1985): es el bienestar como producto de la satisfacción o insatisfacción con importantes aspectos de la vida.</p> <p>Griffin (1986) es el nivel de “bienestar” como aquel en el que el ser humano consigue satisfacer sus necesidades básicas.</p> <p>Brown y Siegel (1988) sugiere que no es algo que pueda medirse en un momento dado, es más bien un concepto global, holístico, con un significado abstracto y esencialmente subjetivo.</p> <p>Hörnquist (1989): es la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo.</p>

<p><b>Década de los años 90</b></p> <p>Se caracteriza por la reducción de la metodología cuantitativa y la potenciación de un enfoque constructivista social, cualitativo y pluralista, donde se tiene en cuenta el conocimiento del contexto específico y la valoración está orientada a la toma de decisiones (Schalock y Verdugo, 2003).</p> <p>La OMS (1993) resalta los aspectos multidimensionales de la vida en el contexto del sistema de valores y la cultura del individuo, e incluye las metas personales, expectativas, niveles de vida y preocupaciones de una persona.</p>	<p>Grant, Padilla, Ferrell y Rhiner (1990): son las evaluaciones personales basadas en juicios que sopesan los atributos positivos y negativos de la vida.</p> <p>Veenhoven (1996): El grado en que las condiciones de vida de las personas alcanzan criterios observables de una buena vida (ingresos, seguridad, atención de Salud, educación).</p> <p>De Bravo y Failache (1993) es el grado de bienestar de las comunidades y de la sociedad, determinado por la satisfacción de sus necesidades fundamentales, entendidas estas como los requerimientos de los grupos humanos y de los individuos para asegurarse su existencia, permanencia y trascendencia en un espacio dado y en un momento histórico determinado.</p> <p>Cummins (1993) y Felce y Perry (1993) entienden la Calidad de Vida desde una perspectiva integradora y comprehensiva que suma variables objetivas (condiciones de vida) junto con variables subjetivas (satisfacción), pero filtrado por el valor que para el individuo tiene cada uno de los dominios evaluados. Este factor o tercer elemento trata de imprimir el carácter individual que se considera diferenciador y define el constructo de Calidad de Vida frente a otros conceptos como satisfacción o bienestar social.</p> <p>Felce y Perry (1995) define la Calidad de Vida como: a) La calidad de las condiciones de vida de una persona. b) La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales. c) La combinación de componentes objetivos y subjetivos (a +b). d) y por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, (a +b), ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.</p> <p>Spilker y Revicki (1996) identificaron cuatro dominios relacionados con la Calidad de Vida: interno-personal (valores, creencias, preocupaciones espirituales, estrategias de afrontamiento), personal-social (redes sociales, estructura familiar, cuestiones financieras, estado vocacional), externo- natural (aire, agua, la calidad de la tierra, el clima, las características geográficas), externosocietario (instituciones culturales, religiosas, educativas).</p> <p>Fernández- Ballesteros (1998) el término Calidad de Vida se refiere a ciertos atributos o características de un objeto particular mientras que el término vida es más amplio y envuelve a los seres humanos, apareciendo aquí el primer y fundamental problema de su conceptualización, ya que la vida puede analizarse desde diferentes perspectivas.</p>
<p><b>Actualmente</b></p> <p>El concepto se aplica en diferentes ámbitos científicos (Ciencias de la Salud, Psiquiatría, Psicología, Educación, Medio Ambiente, etc.</p>	<p>Wallander, Schmitt, y Koot (2001): combinación del bienestar objetivo y subjetivo en múltiples dominios de vida que son considerados de importancia en la propia cultura y tiempo, siempre que se adhiera a los estándares universales de los derechos humanos.</p> <p>Schalock (2001): es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.</p>

Tabla 6: Evolución del término Calidad de Vida. Elaboración propia.

### **2.3. Características definitorias del concepto Calidad de Vida**

A pesar de las múltiples teorías y modelos presentados sobre el constructo, aún existe controversia en definir sus características más esenciales (Bobes, González y Bousoño, 1995; Gómez-Vela y Sabeh, 2000; Ruiz-Ros, Peris, Llácer y Peris, 1998; Yanguas, 2006). Los aspectos que ofrecen más polémica son los relacionados con la unidimensionalidad o multidimensionalidad; objetividad o subjetividad; generalidad o especificidad. A continuación vamos a analizar cada uno de los conceptos.

#### **2.3.1. Unidimensional versus Multidimensional**

La Calidad de Vida como concepto unidimensional representa un constructo global, y por tanto, susceptible de ser evaluado también de manera global. Sin embargo, la multidimensionalidad de la Calidad de Vida supone aceptar el término como un constructo formado por una variedad de aspectos, sin perjuicio de que éstos puedan también proporcionar una evaluación conjunta o global. El problema es establecer cuáles son los parámetros o áreas que participan en la Calidad de Vida de un sujeto y cuál es el peso de cada una de ellas.

La OMS, desde 1994, intenta conseguir un consenso internacional tanto del concepto como de sus dimensiones y su evaluación. La OMS trata de definir el concepto de forma extensa y que incorpore diversas dimensiones relacionadas entre sí como son la Salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las creencias religiosas. Además, expresa que la Calidad de Vida no es equivalente a “estado de Salud”, “estilo de vida”, “satisfacción con la vida”, “estado mental” o “bienestar”, sino que es un concepto multidimensional que incorpora la percepción del individuo sobre esos y otros aspectos de la vida. En la figura 4 se refleja el concepto de multidimensionalidad aplicado a la Calidad de Vida.



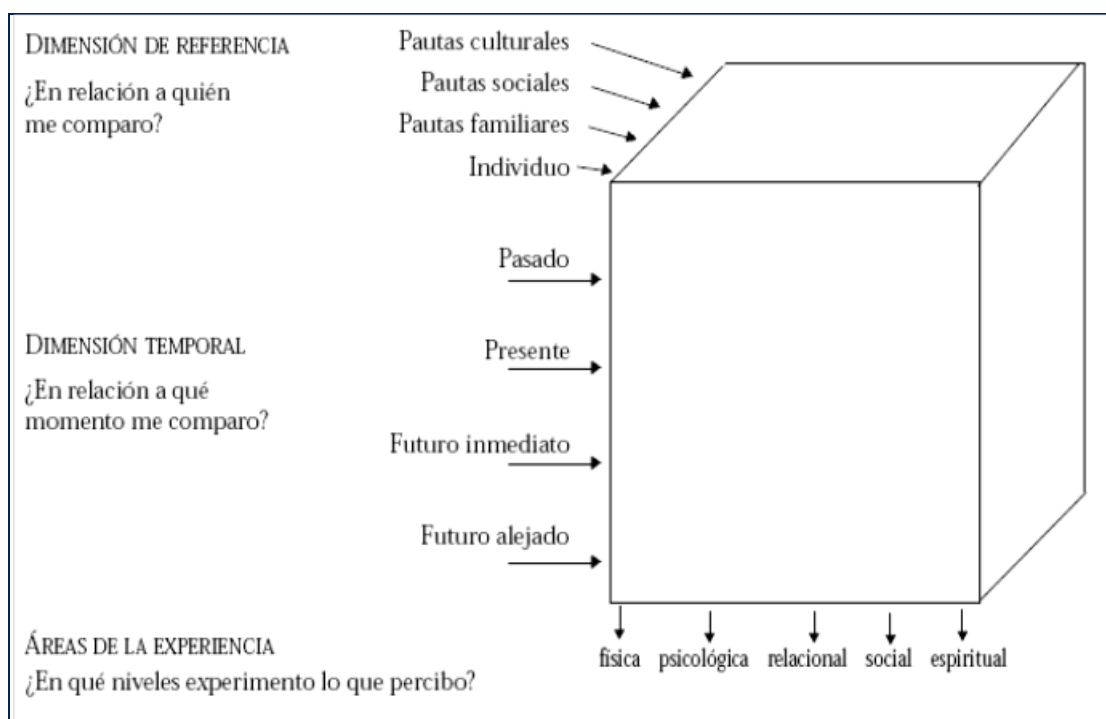


Figura 4: Dimensiones de la Calidad de Vida. Fuente: *Calidad de vida relacionada con la Salud: Aspectos conceptuales* (Schwartzmann, 2003, pp. 16).

Dentro de esta perspectiva multidimensional estarían las propuestas por los siguientes autores:

- Jenkins (1990) propone incluir en el concepto Calidad de Vida los sentimientos (autoestima, esperanza, no padecer dolor), las funciones (físicas, cognitivas, desempeño interpersonal y social) y el futuro (pronóstico).
- El autor Bowling (1994) incorpora todos los aspectos de la vida de un individuo: Salud física, psicológica y social.
- Lawton (2001) sugiere la existencia de cuatro categorías en las que se engloban muchos otros dominios específicos:
  - o Calidad de Vida Física: es el dominio más ligado a la biología. Dolor, síntomas, limitaciones funcionales y función cognitiva aparecen en casi todas las listas de dimensiones físicas.
  - o Calidad de Vida Social: incluye indicadores relativamente objetivos de enganche con el mundo externo. El nivel óptimo varía claramente según los individuos, por lo que alcanzar “el máximo” no es necesariamente lo mejor para todos. Las medidas incluyen tamaño de la red social, frecuencia de contactos, participación en actividades y espacio social.

- Calidad de Vida Percibida: generalmente representa el análogo subjetivo de la Calidad de Vida Social, como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo, y la seguridad económica.
- Calidad de Vida Psicológica: Se compone de los afectos posibles y de los síntomas disfóricos y necesidades personales que tienen un efecto más generalizado en la Calidad de Vida global.
- Ware (1987) señala cinco conceptos inherentes a esta definición: Salud física, Salud mental, funcionamiento social, papeles funcionales en el mundo social y bienestar general.
- Arnold (1991) incluye las siguientes dimensiones: funcionamiento físico y síntomas, funcionamiento emocional y disfunciones comportamentales, funcionamiento intelectual y cognitivo, funcionamiento social y existencia de una red de apoyo, satisfacción con la vida, percepción de Salud, situación económica, habilidad para satisfacer intereses (trabajo, hobbies) y ocio, funcionamiento sexual y energía, y vitalidad.
- Schalock y Verdugo (Verdugo, 2006, p.34) incluyen los siguientes componentes: Bienestar emocional, Relaciones Interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Derechos e Inclusión social.
- Fernández- Ballesteros, (1996) señala la inclusión de las siguientes dimensiones: Bienestar físico y material, Relaciones con otras personas; Actividades sociales, comunitarias y cívicas; Desarrollo personal; Factores socioeconómicos; Factores de Autonomía personal; Satisfacción subjetiva y Factores de personalidad.

En general, se recomienda la utilización de una definición multidimensional debido a que ofrece una evaluación equilibrada de múltiples áreas de funcionamiento y bienestar. Algunos autores como Leidy, Revicki y Geneste (1999) han sugerido que un mínimo de tres dominios —físico, psicológico y social— son esenciales en la evaluación de la Calidad de Vida. Schalock y Verdugo, (2006, p.37) presentan un resumen de las dimensiones prototípicas de Calidad de Vida; en la tabla 7 se puede observar que las propuestas sobre dimensiones de varios autores son muy similares. Para estos autores las ocho dimensiones básicas permiten múltiples enfoques para la evaluación, dado que cada una puede ser valorada a través de varios indicadores modelo.

Propuestas sobre Dimensiones de Calidad de Vida				
OMS (1997)	Schalock (1996)	Cummins (1996)	Felce (1997)	Flanagan (1982)
Salud física	Bienestar físico	Salud	Bienestar físico	Bienestar físico y material
Relaciones sociales	Relaciones interpersonales	Intimidad	Bienestar social	Relaciones con otras personas
Entorno	Inclusión social	Lugar en la comunidad		Actividades sociales, comunitarias y cívicas
Nivel de independencia	Desarrollo personal			Desarrollo y logro personal
	Derechos	Seguridad	Bienestar referido a los derechos	
	Bienestar material	Bienestar material	Bienestar material	
Salud Psicológica	Bienestar emocional	Bienestar emocional	Bienestar emocional	
		Productividad	Bienestar relativo a la productividad	
Espiritualidad: religión y creencias personales	autodeterminación			ocio

Tabla 7: Propuestas sobre dimensiones de Calidad de Vida. Fuente: Schalock y Verdugo, (2006, p.37). Elaboración propia.

### 2.3.2. Objetividad versus Subjetividad.

Algunos postulan que la Calidad de Vida se refiere exclusivamente a una percepción subjetiva del individuo sobre ciertas condiciones. Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida. Es decir, algunos ámbitos son considerados más importantes para algunos individuos que para otros.

Actualmente no existe un criterio uniforme objetivo para evaluar la Calidad de Vida, y los investigadores parecen coincidir en que la evaluación subjetiva ha de tener en cuenta las percepciones individuales sobre experiencias vitales en áreas como las relaciones, las actividades en la comunidad, el bienestar físico y material, el desarrollo personal, la satisfacción y la felicidad (Verdugo y Vicent, 2004, p. 22). Sin embargo, en la evaluación subjetiva pueden aparecer problemas: dificultad para entrevistar a personas que carecen de habilidades comunicativas; diferentes significados atribuidos a la Calidad de Vida; y la preocupación de que el bienestar subjetivo es un producto tanto de personalidad como de cambios en las circunstancias vitales.

El Grupo de Calidad de Vida de la OMS (1994) ha dado una definición de Calidad de Vida que toma en cuenta la percepción individual y la relación con el ambiente: *Calidad de Vida está definida como una percepción individual de la posición (del enfermo) en la vida y en el contexto de la cultura y sistema de valores en que viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses. Es un concepto de amplio espectro influido de manera compleja por la Salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y la relación del individuo con características relevantes de su ambiente.*

Felce y Perry (1996) ha propuesto un modelo tripartito que trata de integrar la descripción objetiva de las condiciones de vida y la evaluación subjetiva de la satisfacción con una tercera dimensión: los valores y las aspiraciones personales. Sin embargo, los valores personales constituyen simplemente otro factor de las dimensiones subjetivas (Verdugo y Vicent, 2004).

Otros autores (Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993) consideran que el concepto debe incluir una consideración tanto de las condiciones subjetivas (relacionadas con la evaluación del sujeto o con la apreciación de las diferentes condiciones de vida) y de las condiciones objetivas (las mismas condiciones, pero evaluadas independientemente del sujeto). Decantarse por un tipo de medida u otro está influenciado por los objetivos de la medición. Si el objetivo es determinar si una persona está tan satisfecha con su vida como otros subgrupos de población, deberíamos medir su nivel de satisfacción (medida subjetiva). Mientras que si el objetivo es evaluar el funcionamiento de un determinado programa o intervención es más acertado utilizar indicadores objetivos (medida objetiva) (Verdugo, 2006).

En este punto, subjetividad/objetividad no se ha llegado a establecer aún un posicionamiento único. Algunos de los autores que han realizado revisiones de las diferentes definiciones y perspectivas (Bowling, 1994; Felce y Perry, 1995; Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993; Verdugo y Vicent, 2004), han llegado a concluir que hay un reconocimiento, cada vez

mayor, de las aproximaciones fenomenológicas al estudio de la Calidad de Vida, donde su evaluación depende del individuo que la experimenta (medidas subjetivas).

Por último, Schalock (1996) sugiere tratar de lograr un consenso en las dimensiones e indicadores fundamentales de Calidad de Vida que pueden ser medidos a tres niveles: (a) personal, (b) funcional u objetivo, y (c) social. A juicio de Verdugo y Vicent (2004, p. 23) esta sugerencia coincide con la de Felce y Perry (1996), quien propuso que la estructura de las dimensiones de Calidad de Vida debía satisfacer dos criterios: (a) tener en cuenta la complejidad de la vida, reflejado en la posibilidad de adoptar un enfoque de evaluación multi- elemento, multi- enfoque; y (b) debía reflejar por lo general un amplio conocimiento sobre los asuntos importantes para todas las personas.

### **2.3.3. General versus Específico**

Los instrumentos genéricos son necesarios para identificar aspectos de condiciones específicas de una enfermedad que son esenciales para la medida de resultados. El punto de vista específico tiene la ventaja de evitar cuestiones irrelevantes y maximizar la posibilidad de detectar cambios clínicamente significativos. Pero la opción por la que se deciden la mayoría de los autores es la de aprovechar los beneficios que aportan los dos tipos de acercamiento. Esto no supone necesariamente una dicotomía excluyente, sino que más bien se trata de un continuo, ya que es difícil encontrar el polo puro de la especificidad.

En conclusión, las características definitorias sobre el concepto de Calidad de Vida aceptadas actualmente por la mayoría de los autores son las siguientes:

1. La evaluación de la Calidad de Vida debe partir de una perspectiva amplia (multidimensional) que intente abarcar todas las áreas de la vida, junto con una evaluación global.
2. La medida de los resultados de Calidad de Vida deben ser específica para cada situación o condición médica, sin olvidar una evaluación genérica que permita comparaciones entre distintas condiciones.
3. En la medida de la Calidad de Vida y Salud se debe dar importancia al punto de vista del paciente, aunque complementado con una visión más “objetiva” de su situación (participación de otros significativos y cuestiones más referidas a signos que a síntomas).

4. Se deben utilizar instrumentos en los que existan cuestiones abiertas, que intenten medir las concepciones que los sujetos tienen de su Calidad de Vida sin estar limitadas por las definiciones de los investigadores.

#### **2. 4. Modelos teóricos de Calidad de Vida**

Durante los últimos treinta años no se ha encontrado consenso sobre la definición de este concepto; existen múltiples modelos teóricos que intentan mejorar la base conceptual y empírica del constructo Calidad de Vida. Tras la revisión bibliográfica sobre el tema hemos decidido realizar un breve recorrido por los diferentes modelos teóricos más actuales.

Existen modelos que hacen referencia a la Calidad de Vida relacionada con la Salud, y en concreto, centrada en los pacientes que reciben tratamientos. Para la autora Schwartzmann et al. (1999) la Calidad de Vida es definida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente, interacciones determinadas por factores orgánicos (tipo de enfermedad y evolución), psicológicos (personalidad y grado de cambio en sistema de valores, creencias y expectativas), sociales y familiares (soporte social recibido y percibido), y de cuyas resultantes dependerá el bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente (Schwartzmann, 2003). La medida de la Calidad de Vida se basa en la evaluación de factores psicosociales determinantes de la Calidad de Vida relacionada con la Salud; se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social y la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas. Los procesos de adaptación a las situaciones van llevando igualmente a cambios en la valoración; los patrones temporales o interpersonales en relación a los cuales se realiza la evaluación son también cambiantes (Schwartzmann, 2003).

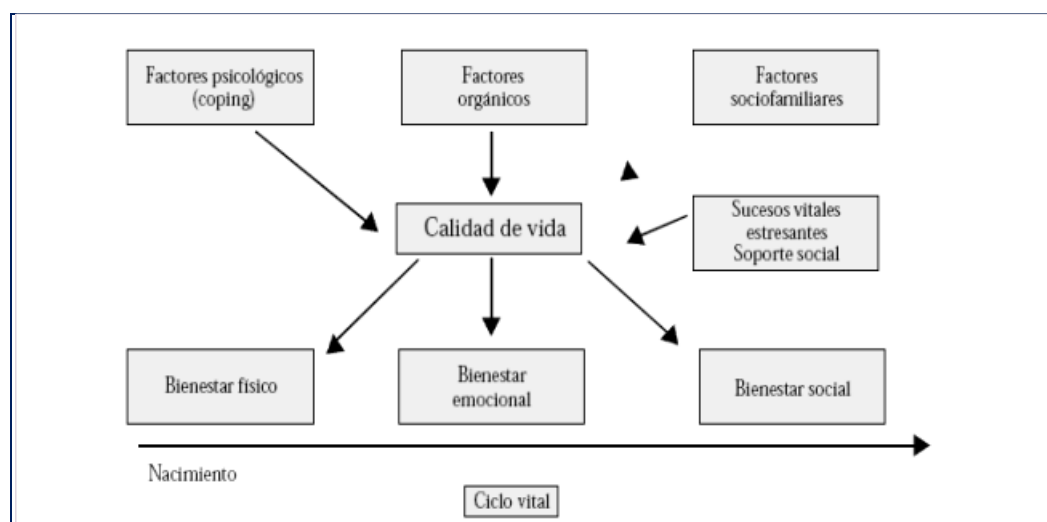


Figura 5: Modelo Calidad de Vida y Salud de Schwartzmann et al. (1999). Fuente: *Calidad de Vida Relacionada con la Salud: aspectos conceptuales* (Schwartzmann, 2003).

El modelo de Salud planteado por la OMS (estado de bienestar físico, psicológico y social) ha permitido considerar el concepto de Salud desde una perspectiva más integral, cobrando importancia la ínter- subjetividad en términos de bienestar y complementaria con los criterios técnicos de funcionalidad. La OMS define Calidad de Vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (OMS, 1994). El Grupo de la OMS establece además una serie de puntos, en relación a las medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, aceptadas por diversos grupos de investigadores. Según este enfoque, el término Calidad de Vida alude a la complejidad de experiencias subjetivas y objetivas de la persona, con inclusión de los factores económicos, políticos y culturales. La confluencia de dichas variables y la manera como las percibe el individuo podrían tener relación con el estado de bienestar general; determinado además por factores como el medio ambiente, la vivienda, la educación, la familia y las relaciones sociales. Es decir, que la Calidad de Vida es un concepto multidimensional en toda la extensión del término; por otra parte, el modelo de la OMS, adicionalmente, hace un aporte extremadamente valioso, al enfatizar la importancia para la auto-evaluación de los factores culturales (Schwartzmann, 2003). Es importante destacar la incorporación de la opinión del individuo sobre su percepción y valoración sobre sus condiciones de calidad. Dicho aspecto había sido excluido en las definiciones clásicas. Sobre la importancia de este punto, es necesario señalar que la percepción que los sujetos tienen sobre su vida, o sobre la asistencia y apoyo social que reciben, puede incidir en su adaptación o desajuste, así como en los tratamientos o programas aplicados. El modelo de la OMS acentúa el

peso de la valoración subjetiva que el sujeto realiza de diferentes aspectos de su vida en relación a su estado de Salud, por lo tanto asume que el sujeto es capaz de sopesar las insatisfacciones y satisfacciones asociadas a su estado de Salud o a su bienestar, o su calidad de vida; por otra parte, la individualidad alcanza una mayor relevancia, ya que esta percepción estará en función de los valores, expectativas y experiencias previas del individuo (Sanz, Olivares, Saldaña, y Roa, 2006). En 1986 la OMS declara que en cualquier definición de Calidad de Vida, se debería incluir por lo menos alguno de los siguientes aspectos:

- Capacidades cognitivas, conductuales y de bienestar emocional;
- Sentimiento subjetivo de bienestar y satisfacción vital;
- Condiciones socio-materiales objetivas de existencia y la percepción subjetiva de las mismas (aspecto subjetivo);
- Satisfacción derivada de las condiciones psicológicas y materiales reales y concretas de las personas;
- Percepción subjetiva del nivel de Salud personal y su capacidad para comportarse de forma satisfactoria;
- Percepción de la utilidad de la vida y la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano.

La Organización Mundial de la Salud crea en 1991 un grupo multicultural de expertos que avanza en la definición de Calidad de Vida y en algunos consensos básicos. Esta definición y puntos de consenso fueron la base de la creación del instrumento de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-100), que, a diferencia de otros instrumentos, parte de un marco teórico para su construcción, desarrolla el instrumento en forma simultánea en distintas culturas, utiliza metodologías cualitativas como los grupos focales, para evaluar la pertinencia para los futuros usuarios de los aspectos incluidos en la evaluación (Lucas 2007, p. 16). El modelo de evaluación aparece en contra de un modelo mecanicista de la medicina (Camfield, 2003), que intenta trascender las medidas estándares con las que se evaluaba el estado de Salud de una persona, poniendo el foco no tanto en la enfermedad *per se*, sino en la manera en que ésta afecta su vida. El modelo de evaluación de Calidad de Vida de la OMS (1995) asume los siguientes principios: Subjetividad, Multidimensionalidad, incluir sentimientos positivos y negativos y registrar la variabilidad en el Tiempo.



Modelo de la Calidad de Vida de Cummins (1996). “La Calidad de Vida es tanto objetiva como subjetiva, cada axioma existe en el conjunto de siete dominios: bienestar material, Salud, productividad, intimidad, seguridad, presencia en la comunidad y bienestar emocional. Los dominios objetivos comprenden medidas culturalmente relevantes de bienestar objetivo. Los dominios subjetivos comprenden la satisfacción general sopesada por la importancia que tienen para el individuo” (Cummins, 1996, p. 255). Este modelo asume la multidimensionalidad y la influencia de algunas variables sociales como el sexo y la edad. A partir de este modelo se obtienen dos medidas independientes, la suma de las medidas objetivas y subjetivas, integradas en las variables de carácter más normativo y social y las variables de nivel individual y subjetivo. El modelo se describe en la figura 6.

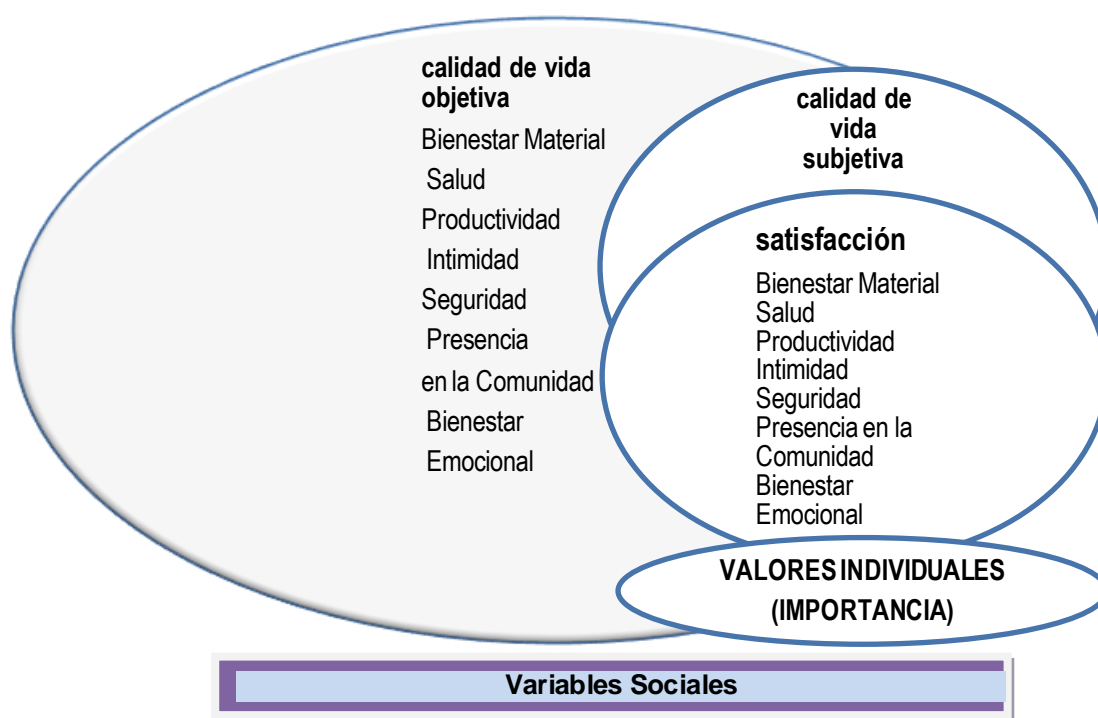
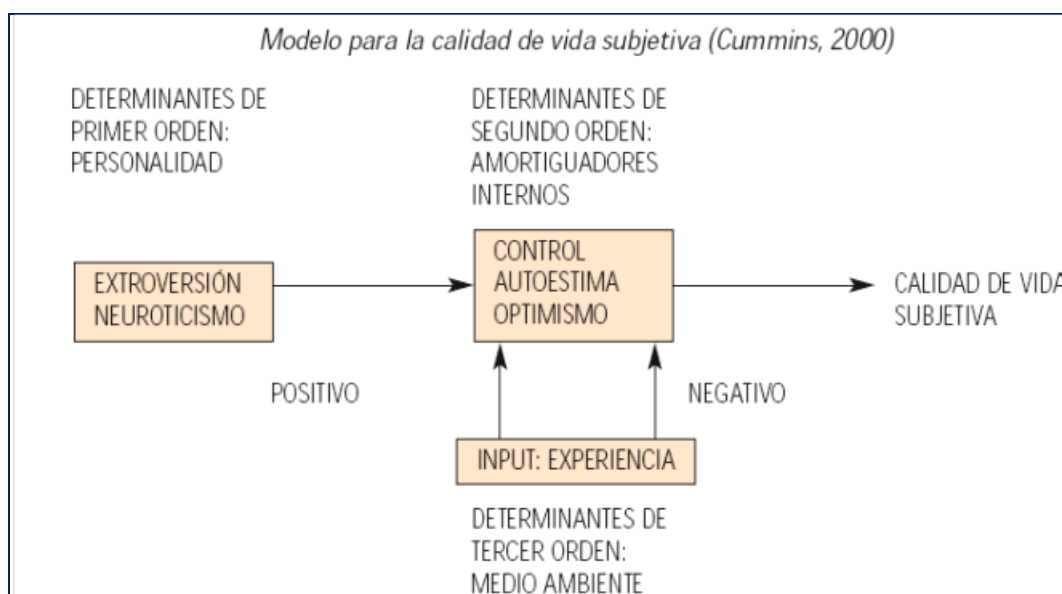


Figura 6: Modelo de Cummins (1996). Elaboración propia.

El mismo autor propone cuatro años más tarde el modelo de homeostasis de la Calidad de Vida Subjetiva (Cummins, 2000). El modelo se compone de un sistema integrado que acopla una capacidad genética primaria con un sistema de amortiguadores secundario; el determinante de primer orden es la personalidad. Los determinantes de segundo orden comprenden un sistema de amortiguadores internos. Dicho sistema se propone que está formado por tres procesos entrelazados de control percibido, autoestima y optimismo; cada uno de los tres procesos puede ser influenciado por la experiencia adquirida con el mundo externo, que es el tercer nivel de

determinación. El producto del sistema de amortiguadores es la Calidad de Vida subjetiva. Esas cogniciones están bajo la influencia de dos fuerzas simultáneas: el procesamiento de las circunstancias medioambientales reales y la expectativa de que tales circunstancias irán acordes con el sesgo positivo impuesto por el equilibrio del afecto. Bajo estas condiciones el mantenimiento del bienestar subjetivo se encuentra amenazado y el sistema de amortiguadores tiene que jugar un papel dual: conservar un grado razonable de autenticidad a la vez que proteger el bienestar. Esto se logra a través de dispositivos cognitivos (control, autoestima, optimismo). Cuando la interacción con el ambiente conduce al fracaso, desafía el poder de los amortiguadores para absorber el impacto. Bajo estas condiciones en que el grado de desafío no es demasiado fuerte, los amortiguadores se ajustarán homeostáticamente a las circunstancias.



*Figura 7: Modelo de Cummins (2000). Fuente: Calidad de vida relacionada con la Salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional de José Javier Yanguas (2006, p. 117)*

Otros autores proponen el Modelo ecológico y Heurístico. Schalock y Verdugo (2002) definen la Calidad de Vida como un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

El modelo ecológico asume los siguientes principios sobre la concepción de Calidad de Vida (Schalock y Verdugo, 2003, p. 40):

- Se componen de los mismos indicadores y relaciones que son importantes para todas personas.
- Se experimenta cuando las necesidades de una persona se ven satisfechas y cuando tienen la oportunidad de mejorar en las áreas más importantes de la vida.
- Tiene componentes objetivos y subjetivos pero la percepción tiene un peso específico muy importante, pues es la que refleja verdaderamente la Calidad de Vida experimentada por la persona.
- Se basa en las necesidades, las elecciones y el control individual
- Es multidimensional, influenciado por factores personales y ambientales (desde la familia y las amistades, hasta la vecindad, comunidad, e incluso a nivel superior la educación, vivienda, sanidad, etc.).

Para los autores, el concepto de Calidad de Vida no puede ser separado del contexto de las personas; es necesario asumir, desde la perspectiva ecológica, la influencia de los sistemas sociales en 3 niveles (micro, meso y macro sistema) sobre la Calidad de Vida y la percepción de las propias personas (Schalock y Verdugo, 2003, p. 41):

- Microsistema o contexto social inmediato, como la familia, hogar, grupo de iguales y lugar de trabajo, que afecta directamente a la vida de la persona.
- Mesosistema o vecindario, comunidad, agencias de servicios y organizaciones, que afecta directamente al funcionamiento del microsistema.
- Macrosistema o los patrones culturales más amplios, tendencias socio-políticas, sistemas económicos, y otros factores relacionados con la sociedad, que afectan directamente a nuestros valores, creencias y al significado de palabras y conceptos.

El modelo heurístico propuesto por los autores (Schalock y Verdugo, 2003, p. 44) surge ante los cambios importantes que se han dado en el siglo XXI en la provisión de recursos y servicios sociales, sanitarios y políticos. En este siglo la evaluación de los recursos y programas se centra más en la rentabilidad (eficacia y eficiencia de los programas y de su gestión, confianza de los usuarios) y en la dimensión de calidad (satisfacción del usuario, desarrollo de nuevos modelos de prestación de servicios, homogenización de servicios, etc.)

Como se aprecia en la figura 8 el modelo heurístico tiene 3 componentes interrelacionados entre sí:

1. Las dimensiones o estados deseables de las personas, que se dividen en:

- a. Dimensiones centrales: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.
  - b. indicadores centrales: percepciones, comportamientos o condiciones específicas de cada dimensión central que reflejan la percepción de una persona.
2. Sistemas sociales: donde vive inmerso el individuo y tienen influencia en el desarrollo de valores, creencias, comportamientos, actitudes. Los sistemas sociales tienen 3 niveles, descritos anteriormente (micro, meso y macrosistema).
3. Foco: el concepto de Calidad de Vida se puede aplicar de diversas formas:
- a. Medición: el concepto es aplicado como resultados
  - b. Aplicación: en el contexto de la política social, objeto de aplicación común para garantizar la buena vida y la igualdad de oportunidades
  - c. Valoración: en el contexto de las diferencias individuales

Para los autores del modelo heurístico el planteamiento metodológico de la aplicación, medición y valoración de la Calidad de Vida se basa en el “Pluralismo Metodológico” (Schalock y Verdugo, 2003, p. 48): El constructo de Calidad de Vida es multidimensional en el que se reflejan valores consensuados culturalmente. La Calidad de Vida tiene componentes objetivos y subjetivos. Las personas emplean la calidad de vida con diferentes fines: Auto-informe, descripción, evidencia, valoración y comparación. El empleo de los datos de Calidad de Vida puede centrarse y aplicarse en el: micro, meso y macrosistema.

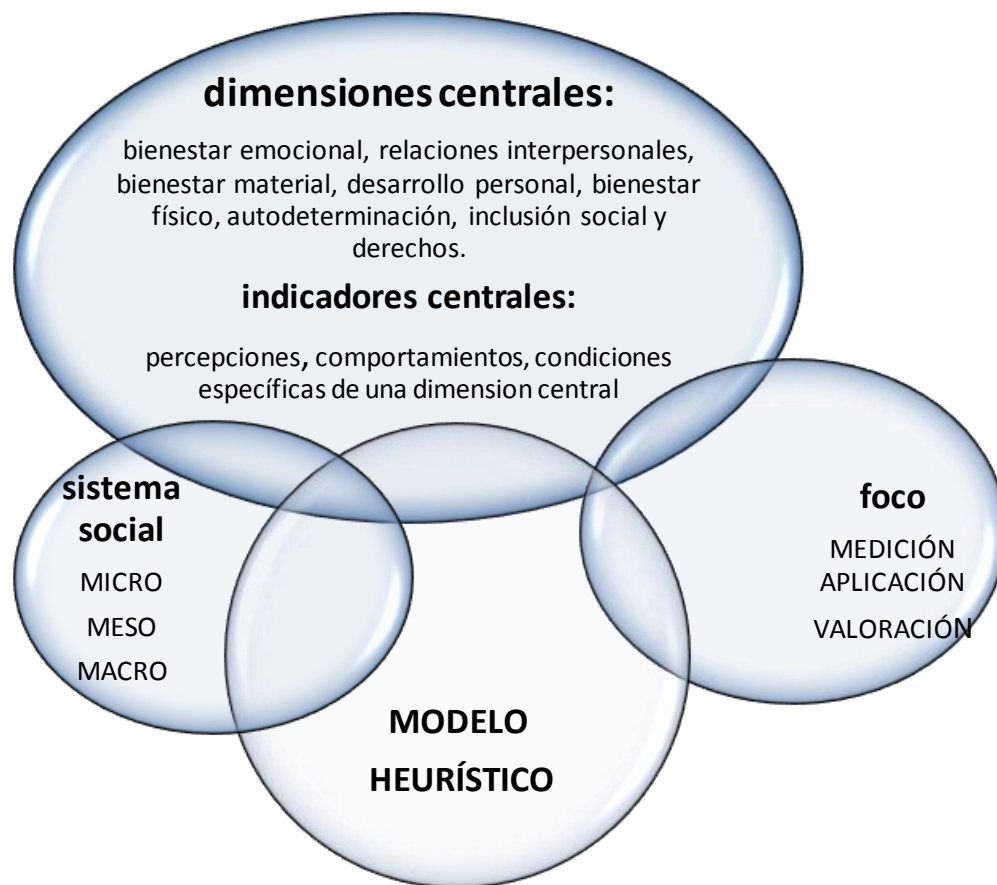


Figura 8: Modelo heurístico de Schalock y Verdugo (2003, p. 46). Elaboración propia.

El modelo propuesto por los autores es de gran utilidad para los profesionales de la Educación, Salud y Servicios Sociales (Schalock y Verdugo, 2003, p. 44), tanto para fijar los objetivos de la intervención y el apoyo, como en un plano organizacional para planificar y evaluar servicios, y para determinar los cambios ambientales necesarios para mejorar las condiciones de vida de las personas.

Como conclusión, exponemos en la tabla 8 las características más relevantes del concepto de Calidad de Vida (Verdugo, 2006) asumidas actualmente por diversos autores y que asumimos nosotros en esta investigación sobre la Calidad de Vida de las mujeres que ejercen la prostitución.

### **Características más relevantes del concepto de Calidad de Vida (Verdugo, 2006)**

- La Calidad de Vida es multidimensional y está influida por factores personales, ambientales y su interacción.
- La Calidad de Vida tiene los mismos componentes para todas las personas
- La Calidad de Vida tiene componentes para todas las personas.
- La Calidad de Vida tiene componentes objetivos y subjetivos
- La Calidad de Vida se mejora con la autodeterminación, los recursos, el propósito de vida y un sentido de pertenencia.
- La medida en Calidad de Vida considera los contextos de los ambientes físico, social y cultural que son importantes para las personas.
- El estudio de la Calidad de Vida tiene como finalidad mejorar el bienestar dentro de cada contexto cultural.
- Los principios de Calidad de Vida deben ser la base de las intervenciones y los apoyos.
- Las aplicaciones de Calidad de Vida han de estar basadas en evidencias.

*Tabla 8: Características más relevantes del concepto de Calidad de Vida (Verdugo, 2006, p. 31). Elaboración propia.*

## **2.5. Evaluación y Medición de la Calidad de Vida**

La evaluación de la Calidad de Vida se ha ido enriqueciendo en los últimos años simultáneamente al desarrollo conceptual sobre el término. Las importantes implicaciones prácticas de este concepto han repercutido positivamente en la preocupación por desarrollar buenas estrategias de evaluación, que permitieran elaborar o elegir las medidas de la Calidad de Vida más eficaces en relación con el objeto específico de la misma (Salas, 2008). La medición de la Calidad de Vida y de la Salud se ha realizado en una gran variedad de contextos: en la práctica clínica, la investigación de los servicios sanitarios, la evaluación de nuevos medicamentos y tecnologías sanitarias en ensayos clínicos o estudios observacionales, la monitorización de la Salud de poblaciones y subgrupos de población, y la asignación de los recursos sanitarios. En el ámbito político por ejemplo, se ha empleado para el diseño de programas sociales sobre aspectos como la vivienda, el empleo, la recreación, etc.

Para Schalock y Verdugo (2006) las medidas de la Calidad de Vida tienen una doble finalidad:

- Evaluar la vida de la persona desde una visión integral y multidimensional; identificar y planear sus necesidades de apoyo;
- Reorientar las actividades de las organizaciones públicas, servicios, proveedores y profesionales, concediendo a la persona paciente o consumidora un papel fundamental en la percepción de la calidad de los servicios ofertados.

El enfoque actual sobre la evaluación de la Calidad de Vida se caracteriza por los siguientes aspectos (Verdugo, 2006):

- Por su naturaleza multidimensional, englobando dimensiones e indicadores centrales. Las dimensiones se definen como el conjunto de factores y dominios que conforman el bienestar personal y son sensibles al contexto cultural, son universales e implican estados deseados de bienestar familiar, social y personal.
- El uso del pluralismo metodológico incluyendo medidas objetivas y subjetivas.
- El uso de diseños de investigación multivariada para evaluar las maneras en que las características personales y las variables ambientales se relacionan con la Calidad de Vida.
- Incorporación de la perspectiva de sistemas que engloba los múltiples mundos que ejercen impacto sobre la persona y la creciente participación de los individuos y sus familiares en el diseño e implementación de la investigación y evaluación orientada a la Calidad de Vida.

Para Fernández- Ballesteros (1996) los objetivos para medir la Calidad de Vida son los siguientes: Entender las causas y consecuencias de las diferencias en la Calidad de Vida entre individuos o grupos de individuos; conocer el impacto de las condiciones sociales y ambientales en la Calidad de Vida; estimar las necesidades de una población dada; evaluar la eficiencia o eficacia de intervenciones en Salud y/o la calidad del sistema de Salud; tomar decisiones clínicas.

Sin embargo, la complejidad de la evaluación de la Calidad de Vida, viene dada por los siguientes factores (Ibáñez y García- Riaño, 1995): el elevado número de instrumentos de medida disponibles en la actualidad; la dificultad de clasificarlos en categorías y la falta de consenso en el concepto de la calidad de vida y por último, la amplitud de este campo. Considerando estos

aspectos, cualquier instrumento puede considerarse positivo y válido así como inútil e inservible, las críticas a cada uno de ellos son posibles y correctas cuando se parte de criterios diferentes, se persiguen objetivos distintos y/o se utilizan en poblaciones o individuos con características peculiares. La Calidad de Vida, al estar relacionada con la sociedad del bienestar, comprende una amplia serie de campos y áreas de estudio que afectan, incluso, a su definición.

Schalock et al. (2002, p. 10) han establecido aspectos claves para la medición en Calidad de Vida: la medición debe basarse en un marco teórico bien establecido sobre conceptos de vida amplios. El significado de las experiencias de vida valoradas positivamente varía a lo largo del tiempo y entre distintas culturas. En la medición se reconoce la importancia de reflejar las experiencias de vida individuales y del grupo cultural. La medida cuantitativa de Calidad de Vida representa la posición en un continuo que va de lo “mejor” a lo “peor”. La medida se centra en aspectos clave de la vida que pueden ser mejorados como:

- el grado en que están satisfechas las necesidades básicas;
- el grado en que se han alcanzado logros sociales y materiales;
- la posibilidad de elecciones y oportunidades, y de actuar en base a ellas y
- el grado en que los ambientes permiten a las personas mejorar.

La medida se interpreta dentro de un rango de edad de quienes han sido evaluados y utiliza una gran variedad de dominios de vida validados y que están ampliamente aceptados como indicadores clave. Los indicadores clave pueden variar para las personas en diferentes estadios de la vida o pueden variar para las personas en ambientes culturales específicos. En la medición se emplean tanto métodos cualitativos o cuantitativos, como ambos. La medida objetiva emplea instrumentos cuantitativos que informan sobre frecuencias y cantidades de indicadores observables. La medida subjetiva utiliza la expresión de grados de satisfacción sobre aspectos de la vida u otro tipo de evaluaciones subjetivas. La medida subjetiva tiene componentes cognitivos y afectivos.

La OMS (1995) ha logrado establecer algunos puntos de convergencia, logrando en parte atenuar la discrepancia, sobre todo a nivel metodológico. En primer término, se plantea que las medidas deben ser: subjetivas, es decir, que recojan la percepción de la persona involucrada; de carácter multidimensional a fin de informar de los diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social e interpersonal, con inclusión de los sentimientos positivos y negativo; deben realizar el registro de la variabilidad en el tiempo.



## **2.6. Instrumentos de Evaluación de la Calidad de Vida**

Los autores Badía (1995) y Yanguas (2006) ofrecen un resumen cronológico de la evolución de los instrumentos de evaluación de la Calidad de Vida, desde sus inicios hasta la actualidad.

Los primeros instrumentos para medir el estado funcional se iniciaron en la década de los cuarenta; los autores Karnofsky y Burchenal desarrollaron el índice que lleva su nombre y que tiene como finalidad valorar la capacidad funcional de los pacientes con cáncer de vejiga. Otros índices creados en esta época (criterios de la New York Health Association y del American Rheumatism Association) incluían tanto síntomas y cambios anatómicos como el estado ocupacional o actividades de la vida diaria, por lo que resultaron novedosos en la aproximación clínica de entonces. En los años cincuenta se desarrollan las escalas de medición de las Actividades de Vida Diaria (AVD) basada en criterios objetivos, sin tener en cuenta la percepción subjetiva del paciente. En los años sesenta, se desarrollaron los instrumentos genéricos de medida de la Calidad de Vida y Salud. Los cuestionarios incluían expresiones o frases obtenidas de los pacientes y eran rellenados por ellos mismos, incluían una gran gama de dimensiones de la Calidad de Vida. Los principales cuestionarios realizados en esta época fueron el *Sickness Impact Profile* (Bergner, Bobbitt, Carter y Gilson, 1981) y el *Nottingham Health Profile* (Hunt y McEwen, 1980), que permitían acercarse a la Salud percibida por los individuos de una manera estandarizada y multidimensional.

En los años setenta la evaluación se centra en la apreciación subjetiva del paciente debido, principalmente, por la creciente insatisfacción de los pacientes con respecto a la asistencia médica. La insatisfacción se deriva por el intento de la Medicina de prolongar la vida a cualquier precio, y pasando por alto las necesidades humanas básicas como el bienestar, la autonomía y el sentido de la propiedad.

En la década de los ochenta se desarrollaron cuestionarios más prácticos ya que eran más cortos y sencillos para la práctica médica (Yanguas, 2006); entre ellos está el *Dartmouth COOP Charts* (Nelson, Wasson y Kirk, 1987), *The Duke Health Profile* (Parkerson, Broadhead y Tse, 1990), o los derivados del *Medical Outcomes study* (Stewart, Hays y Ware, 1988). En la década de los noventa se desarrollan instrumentos específicos, es decir, cuestionarios que incluyen sólo las dimensiones específicas o características de una determinada enfermedad o colectivo específico.

Actualmente existe una gran variedad y diversidad de instrumentos que se utilizan en diferentes contextos. Para realizar una breve descripción de los más utilizados vamos a señalar una clasificación atendiendo al criterio “Genéricos versus Específicos”.

### **2.6.1. Instrumentos de Evaluación Genéricos**

Los instrumentos de evaluación genéricos son útiles para comparar diferentes poblaciones, pero tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es meramente descriptiva (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002b). Las ventajas principales de los instrumentos genéricos es que son aplicables a una amplia gama de poblaciones (Alonso, 2000) y que permiten comparaciones a través de estudios; como se han utilizado ampliamente, su validez y fiabilidad están bien establecidas; pueden detectar y medir efectos inesperados de tratamientos; por otro lado, proporcionan una puntuación global que puede utilizarse en los análisis de coste-beneficio sobre las intervenciones clínicas, y en políticas sanitarias. Sin embargo, tienen el inconveniente de que por su gran amplitud decae más fácilmente el interés de la persona, perdiéndose información y a la vez sensibilidad; pueden carecer de la sensibilidad para detectar pequeñas diferencias clínicamente significativas en un grupo determinado de pacientes (Güell y Morante, 2007).

Entre los instrumentos genéricos más utilizados en España están la Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL Group, 1998), la Agenda para la evaluación de la Calidad de Vida Individual, SEIQoL (O’Boyle et al., 1993), el MOS SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992) y el Quality of Life Questionnaire: QLQ (Evans y Cope, 1989). En la tabla 9 exponemos un resumen de los instrumentos genéricos de Calidad de Vida más relevantes.

### **2.6.2. Instrumentos de Evaluación Específicos.**

Los instrumentos específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo. Estos nos dan mayor capacidad de discriminación y predicción, y son particularmente útiles para ensayos clínicos (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002b). En la tabla 10 se expone un resumen de los instrumentos específicos de Calidad de Vida más relevantes.

Los instrumentos específicos son más receptivos a los cambios de tratamiento inducidos que los instrumentos genéricos. Las características básicas de estos instrumentos son (Badía, 1995):

- La importancia del estado funcional (físico, social y mental) en la multidimensionalidad del concepto;
- La subjetividad de la aproximación a la medición del estado de Salud;
- La obtención de un número que represente la preferencia por el estado de Salud.

Existen múltiples instrumentos específicos disponibles para evaluar Calidad de Vida en pacientes con problemas de Salud específicos (Peiró, 2002) o un dolor, como el Cuestionario Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (Siegrist et al., 2000), el Cuestionario de Calidad de Vida en Enfermedad de Parkinson, PDQ – 39 (Jenkinson, Fitzpatrick y Peto, 1998) o el Cuestionario de Calidad de Vida en enfermos con Asma (Juniper et al., 1993).

Sus principales ventajas son su carácter focalizado, que los hace clínicamente relevantes. La principal desventaja de este tipo de instrumentos es que generalmente no es posible administrarlos a sujetos o poblaciones que no padecen la enfermedad, lo que implica que los resultados no son comparables con la población en general (Bobes, González y Bousoño, 1995). Por otra parte, la focalización de estos instrumentos a aspectos específicos de una enfermedad restringe su capacidad para detectar efectos colaterales o imprevistos de los tratamientos médicos (Güell y Morante, 2007).

<b>Instrumentos genéricos para adultos</b>	
The Sickness Impact Profile: SIP EUA 1981	The McGill Pain Questionnaire: MPQ 1996
The McMaster Health Index Questionnaire EUA 1982	The European Research and Treatment Quality Life-Questionnaire: EORTC QLQ-C36 1996
The Sickness Impact Profile: SIP I 1984	The European Research and Treatment Quality Life-Questionnaire: EORTC QLQ-C30 1997
The MOS- Short-form General Health Survey 1988	The Short form Health Related Quality of Life: HRQL EUA 1997
The Quality of Life Survey 1989	The General Health Perception: GHP 1997
Quality of Life Index: QL-Index 1989	The Wisconsin Quality of Life Index Canadian Version: CaW-QLI 1999
The Nottingham health Profile: NHP 1987	The European Research Questionnaire Quality of Life: EUROQOL 5D 1999
The Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey: MOS 1990	Encuesta: SF-36 México 1999
The Dartmouth – COOP 1990	The Modified Health Assessment Questionnaire: M-HAQ 1999
The Duke Health Profile: 1990	The Multidimensional Index of Quality of Life: MIQL 1999
The Functional Status Index 1990	The Health Related Quality of Life Short Form: HRQL 2000
The Karnofsky Performance Scale 1991	The RAND 36-Item Health Survey Questionnaire: RAND- SF-36 2000
The General Health Questionnaire: GHQ-28 1992	The Perceived Quality of Life Scale: PQoL 2000
The Health Assessment Questionnaire: HAQ 1992	The World Health Organization Quality of Life: WHOQOL Instrument 2000
The Medical Outcomes Study (MOS) Short-Form Health Survey: MOS 1992	The Index of Wellbeing: IWB 2000
The Sickness Impact Profile: SIP 68 Short Generic Version 1994	Quality of Life: QOL 2000
The Quality of Wellbeing Scale: QWB 1994	The World Health Organization Quality of Life: WHOQOL – 100 2000
The MOS-36-item Short-Form Health Survey: SF-36 1994	The Health and Activities Limitations Index: HALEX 2000
The Sickness Impact Profile: SIP 1995	The Medical Outcomes Study Short-form Health Survey: MOS 6A 2000
The Quality of Life Health Questionnaire: QLHQ 1995	The QL-Index, LASA Scales 2000
Cuestionario Criterio de Calidad de Vida: CCV 1996	

Tabla 9: Instrumentos genéricos para adultos. Fuente: Evaluación de la calidad de vida (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002a, p.352). Elaboración propia.

### Cuestionarios específicos para adultos con enfermedad específica

The Goldman Specific Activity Scale Enfermedad coronaria 1981	The Dermatology-Specific Quality of Life instrument: DSQL Enfermedades de la piel 1998
The Rose Questionnaire Angina Enfermedad coronaria 1994	The Dermatology Life Quality Index Acné 1999
The Seattle Questionnaire SAQ Enfermedad coronaria 1994	The VQ-Dermato Enfermedades crónicas de piel 1999
The Mild Hypertension Vital Signs Quality of Life Questionnaire: VSQLQ Hipertensión arterial 2000	The Psoriasis Disability Index PDI- 15Q Psoriasis 1999
The Chronic Venous Insufficiency Questionnaire: CIVIQ Insuficiencia venosa crónica 1996	The recurrent Genital Herpes Quality of Life Questionnaire: RGHQoL Herpes genital 1999
The Diabetes Quality of Life: DQOL Diabetes 1993	The Spanish Version of Skindex-29 Enfermedades de la piel 2000
The Diabetes Specific Quality of Life Scale: DSQOLS Diabetes tipo I 1998	The Arthritis Impact Measurement Scales: AIMS. Enfermedad reumática 1989
Questionnaire for Graves Ophthalmopathy: GO-QOL Enfermedad de Graves y daño ocular 1999	The Health Assessment Questionnaire Disability Index: HAQ-FDI Enfermedad reumática 1993
Quality of Life Parkinson's Disease Questionnaire: PDQ-39 Parkinson 1999	The Health Assessment Questionnaire Disability Index: HAQ-DI Enfermedad reumática 1993
The Quality of Life Questionnaire for Multiple Sclerosis: QOLQ for MS Esclerosis múltiple 1997	The Arthritis Impact Measurement Scales: AIMS Enfermedad reumática 1994
The Epilepsy Surgery Inventory-55: ESI-55 Epilepsia 1992	The Shoulder Disability Questionnaire: SDQ Enfermedad músculo-esquelética 2000
The Quality of Life in Epilepsy: QOLIE- 10 Epilepsia 1996	The Prostate Cancer Specific Quality of Life Instrument: PROSQOLI Cáncer 1998
The Quality of Life in Epilepsy: QOLIE- 31 Epilepsia 1999	The Schwartz Cancer Fatigue Scale: SCFS Cáncer 1999
The Quality of Life in Epilepsy: QOLIE- 89 Epilepsia 2000	The Patient-Oriented Prostate Utility Scale: PORPUS Cáncer 2000
QoL-AGHDA Deficiencia hormonal crecimiento 1999	The Fatigue Severity Scale: FSS Hepatitis C 2000
The Migraña Disability Assessment Score Migraña 1999	The Medical Outcomes Study (MOS) Short Form Health Survey: MOS-HIV HIV-SIDA 1992
The Oral Health-Related Quality of Life Questionnaire: OHRQOL, 2000	The Self Report HIV- Specific Quality of Life HOPES : HIV-SIDA 1996
The Chronic Ear Survey: CES Otitis media crónica 2000	The HIV- QL31 HIV- SIDA 1997
The Chronic Respiratory Disease Questionnaire: CRQ Enfermedad respiratoria crónica 1999	The Mc Gill Quality of Life Questionnaire for HIV: MOQL-HIV HIV- SIDA 1999
The Chronic Respiratory Disease Questionnaire: CRQ Enfermedad respiratoria crónica 2000	The Medical Outcomes Study HIV Health Survey: MOS - HIV HIV- SIDA 1999
The Measure Yourself Medical Outcome Profile: MYMOP Bronquitis crónica 2000	The HIV- AIDS-Targeted Quality of Life: HAT-QoL HIV- SIDA 1999
The Marks Asthma Quality of Life Questionnaire: AQLQ Asma 1999	The Multidimensional Index of Quality of Life: MIQL HIV- SIDA 1999
The Inflammatory Bowel Disease Questionnaire: IBDQ Enfermedad intestinal 2000	The Medical Outcomes Study HIV Health Survey: (MOS-HIV-30) HIV- SIDA 2000
The Urge-Urinary Distress Inventory: U –UDI Enfermedad vesical 1999	The Severity Classification System for ADIS: SCSAH HIV-SIDA 2000
The Urge-Incontinence Impact Questionnaire: U –IIQ Enfermedad vesical 1999	

Tabla 10: Instrumentos específicos para adultos con enfermedades específicas. Fuente: Evaluación de la calidad de vida (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002a, p.353). Elaboración propia.

# CAPÍTULO III: CALIDAD DE VIDA Y PROSTITUCIÓN

## **3.1. Evolución sobre los estudios de Calidad de Vida y Prostitución**

Las investigaciones acerca de la prostitución se han realizado desde diferentes ámbitos científicos como la Psicología, el Trabajo Social, la Antropología, la Sociología y la Medicina en general; sin embargo, la mayor proliferación de estudios ha surgido desde las Ciencias Sociales desde los teoremas de la Salud Pública, donde la prostitución fue entendida como una realidad problemática que afectaba al entramado social (Fernández y Rodríguez, 2004).

A continuación vamos a exponer la evolución de los estudios del fenómeno de la Prostitución desde sus inicios a finales del siglo XIX hasta la actualidad. En la tabla 11 se ofrece un cuadro-resumen cronológico de las diferentes etapas de esta evolución, el tipo de estudios, los modelos teóricos y el estigma implícito que vierten sobre el fenómeno de la prostitución.

Evolución de los estudios sobre prostitución			
CRONOLOGÍA	ESTUDIOS	MODELOS TEÓRICOS	ESTIGMA
SIGLO XIX	Desde mediados a finales del siglo XIX	Estudios epidemiológicos y de Salud Pública: enfermedades venéreas, desviación de la conducta, higienismo, etc.	Higienismo y Reglamentación Mal menor Utilidad social Control social y sanitario Contagio y enfermedad Inmorales Peligrosas Delincuentes
SIGLO XX	Años 50-60	Estudios que refuerzan el binomio Prostitución- Psicopatología	Funcionalismo estructural Modelo desviacionista Conducta desviada enfermedad mental perturbadas
		Estudios que analizan las causas de la prostitución - Económicas - Desintegración familiar - Sociopolíticas	Sociología de la Marginación Modelo determinista Modelo multicausal Pobres Marginales Débiles
	Años 70-80	Estudios sobre el papel del fenómeno de la prostitución en las sociedades occidentales	Teoría del conflicto Movimiento feminista Marxismo Perspectiva Naturalista Esclavas Oprimidas Víctima del sistema Víctima del patriarcado Mujeres malas, deshonestas, Mal inevitable
	Años 80	Estudios que refuerzan el binomio Prostitución- VIH- SIDA	Estudios epidemiológicos y de corte sanitario Toxicómanas Contagiosas Enfermas
	Años 90	Estudios que refuerzan el binomio Prostitución- Inmigración y El binomio Prostitución- Trata de personas	Estudios sociológicos que entienden la prostitución y la inmigración como un problema social Pobres Ilegales Víctimas Explotadas Traficadas Engañadas Mirada colonial
SIGLO XXI		Estudios que abogan por el análisis de las condiciones de vida personal, social o laboral, la Calidad de Vida, etc. Modelo sociológico integral, global y normalizado Modelo de la Cotidianidad	Se intentan desterrar estereotipos y estigmas

Tabla 11: Evolución de los estudios sobre prostitución. Elaboración propia.

### **3.1.1. El Higienismo decimonónico**

*“Durante el primer tercio del siglo XX, ni la prensa local, ni la prensa femenina destinada a aquellas damas bien-pensantes ofrecían información (...) de las prostitutas. Éstas se encontraban por completo silenciadas, postergadas y excluidas (...), fenómeno que resultaba ser sinónimo de la existencia de un estado de marginalidad aún más amplio y profundo del que estas mujeres pudieran hallarse”. Jordi Luengo (2005, p.4)*

Desde finales del XIX, los estudios sobre prostitución se derivan de las leyes que regulaban la Salud comunitaria, especialmente las referidas a las personas que son agentes contagiosos de las enfermedades de transmisión sexual, referidas a las disposiciones curativas para este tipo de personas y referidas a los programas de rehabilitación y segregación (cárcel) de este colectivo (Fernández y Rodríguez, 2004). Los estudios parten de la doctrina Higienista que se creó en los círculos médicos europeos desde finales del siglo XVII. La doctrina surge a raíz de la preocupación social y política provocada por los estragos causados por las enfermedades y epidemias en Europa. Esta corriente de pensamiento, además de ocuparse del tratamiento de las enfermedades, se preocupaba de los aspectos sociales derivados de la enfermedad (Alcaide, 2000; Urteaga, 1985).

Uno de los campos donde la doctrina Higiénica tuvo mayor incidencia fue en el ejercicio de la prostitución; además de estudiar las causas patológicas se incluye la prescripción de medidas profilácticas de contenido moral con el fin de controlar y moldear el comportamiento social y prevenir los efectos del contagio de las enfermedades venéreas y sifilíticas. Estos contenidos se plasmaron en las sucesivas reglamentaciones de la prostitución que se promulgaron en las ciudades más importantes de España, desde mediados del siglo XIX (Alcaide, 2000, 2004; Luengo, 2005).

Alcaide (2000) cita este texto del higienista español Monlau (1862) que ilustra la relación directa entre la doctrina del Higienismo y la Reglamentación de la prostitución:

*“La Higiene pública dice lo que debe ser, y la Legislación dice lo que es. La ciencia higiénica propone las medidas y disposiciones que deberían estar en vigor, y la legislación sanitaria resuelve y manda lo vigente. No siempre andan acordes las disposiciones que científicamente deberían recibir la sanción oficial, con las que de hecho y de derecho la han recibido del Gobierno; y de ahí la necesidad de que el higienista sepa no solamente lo que debe ser, para dar oportunos consejos a la Autoridad pública, sino también lo que es, a fin de obedecerlo y cumplimentarlo”.*

El Higienismo, la intervención estatal y la reglamentación decimonónica de la prostitución generaron una imagen de la mujer que ejerce la prostitución como mezcla de utilidad (doctrina del mal menor, por el convencimiento de la imposibilidad de eliminarla, y por el reconocimiento de la



función positiva que significaba tener un espacio circunscrito y controlado para el desahogo sexual masculino) y como enfermedad (las mujeres son vectores de transmisión de la sífilis) (Nicolás, 2006, p. 3). En este caso, *“la mujer se convertía en uno de los mayores peligros sociales, ya que no sólo transmitía enfermedades venéreas, sino que perjudicaba la prole y degeneraba la raza al concebir descendencia infectada por la sífilis. En la preocupación eugenésica por la raza, la prostituta era uno de los mayores peligros para el futuro de la nación”* (Nicolás, 2006, p. 4).

Evidentemente, los estudios sobre prostitución durante esta época se hacían eco de esta imagen de la mujer prostituta, ya sea desde sus planteamientos de partida como desde sus resultados. La finalidad última de los estudios era reforzar esta imagen y aplicar el estigma. Carrillo, Bernal y Calero (2007, p. 194) ofrecen un texto ilustrativo del Higienismo y la prostitución decimonónica en su artículo: *“El higienista Manuel Pizarro Jiménez (1821-1892) y su discurso doctrinal «De la prostitución y de su influencia en las costumbres, en la moralidad y en la Salud pública» (1870)”*:

*“Los males inherentes a la prostitución no se vencen con la tolerancia ni con preservativos materiales. La inscripción y el examen corporal de la cortesana, a periodos próximos, no lo atenúan, ni aún alcanzan a destruir el germen morbífico, que en todos tiempos ha nacido del libertinaje. De orden más elevado son los trastornos y la perturbación moral que lleva a la familia y la relajación que induce en los vínculos sociales, cuyas tristísimas consecuencias en las costumbres se lamentan cada día”* (Pizarro, 1870, p. 14).

### **3.1.2. El funcionalismo estructural de los años 50**

Durante los años cincuenta y sesenta del siglo XX, el funcionalismo estructural se impone en todo el mundo y se presenta como el modelo explicativo por excelencia de la Sociología científica moderna. Dentro de esta corriente destaca Durkheim (1993) que distingue en toda sociedad lo “normal” (los hechos que presentan las formas más generales) y lo “patológico” o morboso. Por otro lado, existe el enfoque desviacionista que sostiene la existencia de individuos que van en contra de la sociedad “normal” y que tienden a desorientar o corromper el desarrollo global de ésta. En consecuencia, este tipo de visión tiende invariablemente a desarrollar estereotipos clasistas sobre lo normal o anormal en las conductas sociales y sirve como soporte ideológico del control social.

Durante más de medio siglo la literatura científica sobre prostitución conforma un binomio indisoluble “Prostitución-Psicopatología” (Fernández, 2004). Por un lado, la prostitución es contemplada como una patología social y un hecho inmutable; por otro lado, la prostitución se

deriva de las deficiencias biológicas y sociales de los individuos (Marín, 2001; Osborne, 1989). Consecuentemente, los estudios sobre prostitución intentan hallar una unidad de análisis específica y un prototipo de personalidad con rasgos concretos, en la búsqueda de explicaciones biológicas y psicopatológicas (Vanwesenbeeck, 2001).

### **3.1.3. Teoría del conflicto de los años 70**

La teoría del conflicto aplicado al fenómeno de la prostitución considera la explotación del sexo femenino como producto de la lucha por el poder/control social y de la estructura socioeconómica, donde la mujer está al servicio del varón, prostituidor o proxeneta (Ferrús y Heras, 2008, p.16). Este modelo es coincidente con los postulados mantenidos por el marxismo y desde los movimientos feministas sobre la prostitución.

El marxismo se basa en la lógica económica subyacente a la prostitución, esta forma parte de la explotación y la apropiación que el capitalismo hace de la fuerza de trabajo de las personas. Las mujeres y el hombre que se prostituyen serían entonces víctimas del sistema de opresión capitalista (Castellanos, 2008, p. 3).

El feminismo siempre ha entendido a la institución de la prostitución como una institución derivada del patriarcado. La prostitución tiene base en un sistema cultural sexual que sustenta la demanda del sexo como servicio presentado por un objeto sexual subordinado, que desaparece en tanto sujeto y cuya propia sexualidad resulta negada (Ordoñez, 2006).

Sin embargo, opuesta a los movimientos feministas y marxistas, está la perspectiva “Naturalista”; la prostitución siempre ha existido y siempre va a existir, porque es necesaria para controlar la presión (sexual) de los machos sin pareja y/o para resguardar a las “mujeres virtuosas” que están reservadas para el matrimonio y la procreación. La visión de la prostitución como fenómeno natural se basa en postulados ligados a la cultura y la hegemonía masculinas, la que plantea una visión dicotómica de la sexualidad humana: machos activos frente a féminas pasivas y la existencia de mujeres “buenas” y de mujeres “malas”, unas destinadas a cumplir con sus roles “naturales” centrados en el ámbito doméstico y la reproducción biológica, y las otras destinadas a satisfacer las fantasías (Ferrús y Heras, 2008, p. 14).

Desde estos modelos teóricos se han desarrollado la mayor parte de los estudios e investigaciones más importantes sobre la prostitución durante los últimos 25 años, promoviendo el activismo político y las actuaciones institucionales (Ferrús y Heras, 2008; Juliano, 2004; Ordoñez, 2006; Osborne, 2004; Pons, 2004).

### **3.1.4. Sociología de la Marginación de la 2ª mitad del siglo XX**

A mediados de la década de 1970, en las Ciencias Sociales, surge un inusitado interés por el tema de la prostitución femenina; el fenómeno se estudia como un hecho social (Marín, 2001). Sin embargo, las tentativas científicas por explicar y comprender la prostitución no son muy diferentes de las primeras explicaciones del siglo XIX; se buscan las causas a partir del modelo determinista y más tarde desde el modelo del determinismo multicausal (Ferrús y Heras, 2008). La visión determinista apela a causas estructurales de diferente naturaleza: económica, de género, sociocultural, etc. Indaga sobre las condiciones que hacen posible que la prostitución exista y se desarrolle. Pero esta visión no es uniforme, depende de los factores que se consideren determinantes.

En la década de los setenta los estudios sociales se centran en los factores de riesgo que condicionan la entrada en la prostitución (Institut Català de la Dona, 2001); los factores o causas pueden ser variadas.

**Causas económicas.** Los estudios intentan hallar la relación directa que existía entre la pobreza provocada por la sociedad y la prostitución femenina. La característica esencial de estas mujeres era la de ser víctimas de un oprobioso mercado laboral excluyente y reducido, que obligaba a muchas mujeres a buscar en la prostitución una salida momentánea a sus ingentes problemas económicos (Marín, 2001).

**Causas socio- políticas:** Muchos trabajos mencionan a la industrialización, el capitalismo, la urbanización, el aumento migratorio, la falta de escolarización de ciertos sectores sociales, la ignorancia o la destrucción de hogares, como situaciones suficientes para explicar el desarrollo y la expansión de la prostitución. Sin embargo, este tipo de estudios caen en el determinismo y en mono- causalismo donde se cree que la desaparición o control de estos factores socio-políticos puede hacer desaparecer o solucionar la prostitución (Marín, 2001).

**Causas socio –familiares.** Los estudios asocian la entrada y la permanencia en la prostitución a traumas psicológicos en la infancia por abuso o violación sexual, la brutalidad paterna, el descuido materno, el alcoholismo... eran las causas que llevaban inevitablemente a muchos jóvenes a delinquir o a prostituirse (Marín, 2001; Pons, 2004). Las explicaciones para la relación directa entre el abuso infantil y la prostitución eran a menudo psicodinámica donde el ejercicio de la prostitución era entendido como una forma de comportamiento fóbico hacia la figura del hombre (Vanwesenbeeck, 2001). Si bien es cierto que en algunos estudios sobre prostitución se han hallado

mujeres con estos problemas, también es necesario señalar que las muestras de estudio eran muy específicas (mujeres que ejercen en la calle, mujeres que están en prisión, mujeres con otros factores asociados como drogadicción, abandono temprano del hogar, problemas socio-familiares graves, etc.); estas muestras no son representativas de todo el colectivo de las personas que ejercen por lo que es difícil establecer conclusiones generales (Juliano, 2004; Medeiros, 2000; Pheterson, 2000; Pons, 1992, 2004; Vanwesenbeeck, 2001).

En la década de los 80, se establece la relación del ejercicio de la prostitución con el consumo de heroína; la mujer se prostituye ante la necesidad de obtener elevados recursos económicos que garanticen el consumo de esta sustancia. (Institut Català de la Dona, 2001). Los estudios se centran en las condiciones sociales y de Salud de las personas toxicómanas que ejercen la prostitución. El perfil de estas mujeres es muy específico y poco generalizable a otros sectores o modalidades de prostitución. El consumo de heroína y la relación directa con el contagio del VIH-Sida establece un nuevo binomio estigmatizante para las mujeres que ejercen la prostitución: Binomio Prostitución- VIH-Sida. Los estudios se centran en buscar la relación directa entre el ejercicio y el contagio del VIH y en convertir a las mujeres que ejercen en el grupo de riesgo por excelencia. Sin embargo, los resultados no son los esperados, la relación entre prostitución y VIH sólo se halla si existen factores determinantes como el consumo de drogas por vía intravenosa sin protección, tener una pareja seropositiva, la no protección en las relaciones sexuales (Belza, 2004; Estébanez et al., 2002; Rodríguez, 2002).

A pesar de que los investigadores en la década de 1980 ya habían demostrado de manera convincente que la prostitución no es, en general, un vector en la propagación del VIH, la mayor parte de la literatura sobre prostitución en la década de 1990 está relacionada con el VIH. La autora Vanwesenbeeck (2001) analiza en su estudio las investigaciones relacionadas con la prostitución; de 423 citas relevantes en PsychLit para el período 1990-2000, la mitad (212) llevan las palabras de ETS, SIDA, VIH; por otro lado, la autora Rut Pinedo (2005) halla en diferentes bases de datos de revistas científicas que del 42% al 72% de las citas encontradas en diferentes bases hacen referencia únicamente al VIH/SIDA y otras ETS. (Pinedo, 2005). Actualmente, en el Medline el resultado para los términos “prostitution-VIH” son 1290 citas; si además añadimos el término Spain” para la década del 2000 al 2010 las citas halladas son 23. Actualmente los temas analizados sobre VIH- Sida y prostitución analizan principalmente los factores de riesgo, la prevalencia en función del género (hombres, mujeres y transexuales) que ejercen diferentes tipos de prostitución, el uso del condón en función de factores sociales, condiciones contextuales, o factores psicológicos (autoestima, eficacia en la negociación), etc.

En la década de los 90, los estudios e informes establecen un nuevo binomio Prostitución-Inmigración; las mujeres utilizan la inmigración y el ejercicio de la prostitución como estrategia de supervivencia y mecanismo para garantizar sus necesidades básicas y las de aquellas personas que dependen de ellas (Institut Català de la Dona, 2001). En esta época proliferan los trabajos y estudios que analizan las causas de entrada, las condiciones relativas al ejercicio de la prostitución, la explotación sexual, las condiciones en las que se realiza la emigración, tráfico de mujeres, etc. Para Laura Agustín (2001) estos estudios tienen: “(...) una orientación muy marcada: identificación del tráfico con redes mafiosas, de la migración para la prostitución con explotación sexual, y de mujeres prostitutas a víctimas engañadas. Este tratamiento reductivo ignora la diversidad de modalidades, así como las amplias implicaciones económicas de los servicios sexuales, y fomenta la estigmatización del sector y la xenofobia respecto a las prostitutas inmigradas” (p.160). Por otro lado, como afirma Doezema (2004), estos estudios parten de una “mirada colonial” ya que tienden a enfocar a las mujeres inmigrantes, y en concreto a las que ejercen la prostitución, como campesinas ignorantes provenientes de entornos poco desarrollados y menos evolucionados, normalmente engañadas.

### **3.1.5. Estudios sobre las Condiciones de Vida en el siglo XXI**

En el siglo XXI se percibe un cambio en la investigación sobre Prostitución. Para la autora del artículo “Another decade of social scientific work on sex work: A review of research 1990-2000” (Vanwesenbeeck, 2001) los cambios más importantes son los siguientes:

Los estudios se centran en los diferentes aspectos de la Prostitución (la motivación económica, las conductas de riesgo, las condiciones laborales, las estrategias de negociación, la eficacia de los programas, etc.) y no se centran en la búsqueda de una “unidad de análisis” o perfil específico de las personas que ejercen.

Por otro lado, en cada estudio se delimitan previamente las condiciones de cada muestra sin caer en el error de intentar generalizar los resultados a otras poblaciones. No son generalizables los resultados de estudios con poblaciones occidentales con los resultados de los estudios con poblaciones no occidentales; no son generalizables los resultados con prostitución masculina con femenina o la transexual; tampoco son generalizables los resultados con prostitución de calle con los que se obtienen de muestras que ejercen en interior (club o piso); y así un largo etcétera.

Existe una preocupación creciente por la efectividad de los programas de intervención, el bienestar o la calidad de vida, la prevención de la Salud, las habilidades sociales, la inserción social,

la educación sexual, etc. con el colectivo de personas que ejercen la prostitución; sin embargo, estos estudios se olvidan de incluir en la intervención-educación a los clientes, a las parejas de las personas que ejercen o los dueños de los locales; en este sentido, se vuelve a caer en el error de enfocar a las personas que ejercen como “problema” o “causa de” .

Se abren nuevas líneas de trabajo que contemplan la prostitución como un trabajo, por lo que se abordan desde las formas de su organización “laboral” (tipología, formas de ejercicio, rutinas, etc.) como las consecuencias derivadas del ejercicio de la prostitución (estresores, el síndrome de Burnout riesgos para su Salud y calidad de vida, el estigma asociado, satisfacción laboral, etc.).

Otros aspectos estudiados son las estrategias y habilidades para desempeñar este tipo de actividad, las formas de afrontamiento personal, los mecanismos de defensa para amortiguar el impacto, la distancia emocional, la distancia física, el uso de drogas o alcohol, etc.

Se incorpora, aunque de forma limitada, el estudio sobre los clientes; entre los temas analizados, se halla el perfil o tipología del cliente, las motivaciones, el perfil psicológico, etc.

Sin embargo, la autora de la revisión científica de los estudios sobre prostitución (Vanwesenbeeck, 2001) concluye que la literatura científica actual sigue centrándose en aspectos negativos como el abuso y la violencia física; los grupos más estudiados son los más vulnerables por sus condiciones de partida y no como consecuencias del ejercicio (por ejemplo, el grupo de mujeres que ejercen la prostitución de calle, con problemas asociados como, la falta de vivienda, consumo de drogas, víctimas de violencia, VIH o problemas de Salud, etc.); los resultados hallados con muestras demasiado específicas no son generalizables y contribuyen a aumentar el estigma sobre el colectivo de las personas que ejercen. Otro aspecto negativo es la insistencia en demostrar o disolver el binomio prostitución-SIDA cuando ya se ha demostrado que las personas que ejercen no son los grupos de mayor riesgo entre la población occidental. Por último, la autora considera que en la literatura científica se halla un vacío importante de estudios amplios donde se contemplen aspectos como el bienestar, la calidad de vida y la Salud de las personas que ejercen, las consecuencias del ejercicio para su calidad de vida, la exploración de sus sentimientos o necesidades interpersonales, etc.

### **3.2. Estudios sobre las dimensiones de Calidad de Vida y Prostitución**

A continuación vamos a presentar un análisis de los estudios más actuales sobre Calidad de Vida y Salud en cada una de las dimensiones más clásicas sobre este concepto (Salud Física, Sexual, Psicológica, Social y Ambiental); los estudios de la primera década del siglo XXI hallados en las bases de datos son escasos y están realizados con muestras muy específicas o poco representativas de toda la población de las personas que ejercen la prostitución. Por último haremos referencia a los estudios que se centran en la Calidad de Vida de forma más global o amplia, teniendo en cuenta todas las dimensiones del concepto; estos estudios también son muy escasos en la literatura científica, tan sólo hemos hallado tres estudios que apliquen un cuestionario de Calidad de Vida en el ámbito de la prostitución: un estudio en China y dos en España; en los tres estudios aplican el cuestionario el WHOQOL BREF (OMS, 1996).

#### **3.2.1. Estudios sobre Salud Física**

Los estudios más recientes sobre la Calidad de Vida y Salud Física de las personas que ejercen la prostitución analizan los aspectos más negativos y estigmatizantes. En la revisión bibliográfica realizada en el Medline con el término “prostitution” y “health” aparecen 2.329 citas, en su mayoría referidas al VIH-Sida, a las infecciones y enfermedades de transmisión sexual (ITS o ETS) y al consumo de drogas. Si restringimos la búsqueda para estudios publicados en la última década (2000-2010), el número de los artículos sigue siendo elevado, un total de 1.179. Si restringimos la búsqueda en función de la zona geográfica, las citas para Europa son un total de 161. Para España, los artículos encontrados, y que analizaremos en detalle, son un total de 20.

##### **3.2.1.1. VIH-Sida**

Los estudios sobre VIH-Sida hallados en diversos países de Europa se centran en el análisis de la seroprevalencia en diversos grupos de personas que ejercen la prostitución; a diferencia de los estudios del siglo pasado, los autores intentan analizar todos los sectores de la industria del sexo (calle, piso, club) y amplían el campo de estudio a todas las personas que ejercen (hombres, mujeres, transexuales, etc.), diferenciando en todo momento si son inmigrantes o autóctonos. Otro cambio importante sobre los estudios de seroprevalencia es que no sólo se centran en las personas que ejercen la prostitución, sino que las muestras abarcan a todas las personas que pueden estar en riesgo y que normalmente acuden a una unidad clínica para el diagnóstico o el tratamiento de

infecciones de transmisión sexual. En Europa, y en concreto en España, la infección del VIH siempre está asociada a los siguientes factores: al consumo de drogas por vía intravenosa, especialmente cuando se realiza el intercambio de jeringuillas: tener una pareja seropositiva y tener relaciones sin protección y tener relaciones con múltiples parejas sin protección o exhibir conductas o prácticas de sexo poco seguro. En ningún caso, la prostitución es determinante; sólo cuando concurren estas circunstancias. A continuación vamos a exponer algunos de los estudios realizados en diferentes países europeos y en España.

Papadogeorgaki et al., (2006) realizan un estudio sobre la prevalencia de infecciones de transmisión sexual en personas que se dedican a la prostitución en Atenas en el año 2005. El estudio incluyó una evaluación de la infección gonocócica o por clamidias, por sífilis infecciosa, infección por VIH, la infección por el VHS-2, Hepatitis B y C; la muestra está compuesta por 299 personas que ejercen, tanto autóctonas como inmigrantes. Los resultados demuestran que la infección por el VHS-2 fue más común en las personas autóctonas que en las inmigrantes, pero no se encontraron diferencias para las otras ITS. La prevalencia estaba relacionada con la edad. Existe una asociación significativa entre el VHS-2 y la sífilis. No se detectó la infección por el VIH.

Spizzichino et al. (2001) estudian la infección por VIH entre transexuales extranjeros que ejercían en Roma y que acudían a la Unidad de ITS entre 1993 y 1999; la muestra es de 353 personas de diferente origen (Colombia (n = 208), Brasil (n= 122), y otros países (n = 23)); la mayoría tenía de 5 a 10 clientes por día. La prevalencia global del VIH fue de 38,2%, relacionado con la procedencia (Brasil), tener un mayor número de parejas sexuales y no usar el condón de forma regular.

Nigro et al. (2006) estiman la prevalencia de VIH, VHB, VHC y sífilis entre las mujeres que ejercen en una región de Italia y que son procedentes de Colombia y R. Dominicana. La muestra está compuesta por 118 mujeres y todas obtuvieron resultados negativos para el VIH y la infección por el VHC. Dos mujeres (1,6%) fueron positivas para la hepatitis B (HBsAg). Pruebas de sífilis por VDRL mostró tres resultados positivos (2,5%), que fue confirmado por TPFA. Este estudio demostró que el VIH, VHB, VHC y la seroprevalencia de sífilis entre las mujeres procedentes de Colombia y la República Dominicana sigue siendo baja o muy rara. También indica que estas mujeres estaban sanas cuando llegaron a Italia y que el uso del condón con clientes es elevado.

Los países de la antigua Unión Soviética experimentaron los mayores aumentos en la incidencia anual del VIH en el mundo. Más del 80% de los casos registrados de VIH en Rusia se han producido



entre los usuarios de drogas intravenosas (UDI). Benotsch et al. (2004) analizan el consumo de drogas y los comportamientos sexuales de riesgo entre las prostitutas rusas que consumen drogas por vía intravenosa. La muestra se compone de 100 mujeres (UDI) de San Petersburgo; el 37% tenía una media de 49,5 parejas sexuales masculinas en el último mes y una media de 15,4 actos de coito vaginal sin protección en los últimos 30 días; la mayoría (44%) compartía material de inyección con otros. Los resultados indicaron que las participantes se encontraban en riesgo muy alto de contraer el VIH y transmitir la infección a sus compañeros sexuales; sin embargo, la mayoría de la muestra no percibe estar en riesgo.

En el informe del Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del Sida a finales del 2004, se expone que el número de nuevos diagnósticos de infección por el VIH en Ucrania es el segundo en Europa después de Rusia. Burruano y Seydel (2006) llevaron a cabo un análisis de la epidemia del VIH / SIDA entre 1987 y 2005 en Ucrania. Según el Ministerio de Salud de Ucrania, el número acumulado de infecciones por el VIH a finales de 2005 asciende a más de 88.900 casos, con 13.786 nuevos informes en 2005. El número de nuevos casos de SIDA registrados aumentó de 45 en 1995 a 4220 en 2005. Sin embargo, las cifras reales se supone que superan los informes oficiales. La mayoría de las infecciones están asociadas con el abuso de drogas inyectables. La segunda causa más importante en la transmisión es el contacto sexual, también debido a un aumento de la prostitución. Las transmisiones verticales de madres infectadas a sus hijos ocupan el tercer lugar.

En Croacia, Stulhofer et al. (2009) analizan y comparan la prevalencia de VIH en mujeres que ejercen la prostitución; se entrevistó en Zagreb (n = 65) y Split (n = 89) a mujeres cuya media de edad es de 33,3 años. Las entrevistas fueron realizadas por las organizaciones que proporcionan servicios de Salud a las mujeres en las dos ciudades. Los dos grupos difieren significativamente en la mayoría de los indicadores socio-demográficos y conductas sexuales de riesgo. Las mujeres de la muestra Split eran algo más jóvenes y con menor nivel educativo, se habían inyectado drogas en mayor proporción, tenían menos clientes en el último mes y tenían más probabilidades de sufrir abuso o violencia por parte de los clientes. La prueba del VIH fue significativamente más frecuente entre las mujeres de Split. Las que ejercen en Zagreb tenían mejores niveles educativos, no suelen hacerse la prueba del VIH porque no practican conductas de riesgo, suelen usar el condón de forma más consistente con los clientes que la otra muestra y especialmente porque no consumen drogas inyectables.

En cuanto a los estudios realizados en España en la última década sobre VIH, son similares a los realizados en otros países y las conclusiones son muy similares. El primer estudio del siglo XXI

en España de seroprevalencia es de Estébanez et al. (2002); es de corte epidemiológico y abarca diferentes provincias de España; incluye el análisis de las tendencias y predictores de riesgo asociados al VIH y Sida y otras ITS en las mujeres que ejercen la prostitución; es un estudio financiado por FIPSE y se realiza entre 2000 y 2001; la muestra abarca 1.057 mujeres a las que se les aplica un cuestionario semiestructurado con más de 70 variables. Del total de la muestra, 305 mujeres son españolas, de todas las provincias de España (el 30,6%); el resto son inmigrantes. Los resultados y las conclusiones son los siguientes: la media de edad es de casi 30 años; el nivel de estudios es bajo, ya que la media de edad de abandono de los estudios es a los 15,6 años. Entre las inmigrantes, la distribución es la siguiente: son europeas el 2%; proceden de países africanos el 25%, y son latinas el 39,5%. En cuanto al lugar de trabajo: el 43% trabajan en la calle, el resto en club, hoteles, bares etc. El 67% consumen alcohol y el 24% reconocen haber consumido alguna vez drogas. Trabajan una media de 6,24 días a la semana y atienden diariamente una media de 4,79 clientes; dicen usar el condón con el cliente el 67% en sexo vaginal. La mitad tienen pareja, y no utilizan el condón con sus parejas el 73,6%. De las serologías realizadas de VIH (a 919 mujeres) fueron positivas 58, lo que supone una prevalencia del 6,4%, prevalencia alta si se compara con la población general de España (0,3%). Los factores de riesgo son el consumo de drogas por vía intravenosa, el tener una pareja con VIH y las prácticas sexuales sin protección. La prevalencia más alta se encuentra en las españolas y europeas (el 14,1%), asociado a consumo de drogas, y también es importante el número de las subsaharianas (4,7%), asociado posiblemente a factores distintos no analizados en el estudio (desprotección en el sexo en su país de origen, con alta prevalencia de VIH). La tasa más baja se da en las latinas (1,4%) y las del Este (3,4%).

A partir de este estudio se realizan estudios similares en diferentes puntos de España. Barrasa et al. (2004) realizan un estudio sobre la Prevalencia del VIH entre las personas que realizan la serología en ocho ciudades españolas durante la década del 1992 al 2003. Gutiérrez et al. (2004) analizan la prevalencia del VIH y otras enfermedades como la sífilis, HTLV, y los virus de la hepatitis B y C entre las personas inmigrantes que ejercen en Madrid. El Grupo Español para el Estudio de anónimos no vinculados de la seroprevalencia del VIH en pacientes con ETS analiza la prevalencia del VIH, HTLV-I y HTLV-II entre las personas que ejercen en España para el periodo 2000-2001. EL Grupo para el Estudio de Seroprevalencia de VIH Anónimo no Relacionado en Pacientes de Consultas de ETS que realiza un análisis en siete centros de ETS de cinco comunidades autónomas para el período 1998-2000 con una muestra de 1.849 mujeres que ejercen la prostitución; etc. Las conclusiones de las diferentes investigaciones son similares para el grupo de personas que ejercen la prostitución: el ejercicio de la prostitución no es determinante para la

prevalencia del VIH, sino las conductas de riesgo y el consumo de drogas inyectables (UDVP). La prevalencia de VIH es relativamente baja cuando se trata de mujeres no UDVP, en general los estudios arrojan cifras por debajo del 1%; si los estudios incluyen a todas las mujeres que ejercen, incluidas las UDVP, la prevalencia gira en torno al 5%; las cifras de seroprevalencia se disparan cuando la muestra está compuesta exclusivamente en mujeres que ejercen y son UDVP, describiéndose prevalencias de VIH entre el 16% y el 50%. Sin embargo, es necesario señalar que la prevalencia de VIH en mujeres prostitutas que se inyectan drogas, ha ido disminuyendo desde el 54,7% en el año 90, el 45% en el 98, hasta el 30% actual (Rodríguez, 2002).

Existen otros tipos de investigaciones sobre prevalencias del VIH que además de analizar datos de serologías realizan un análisis de otros factores que pueden contribuir al aumento o a la disminución de las prevalencias, como por ejemplo el estudio de Belza et al. (2004) que estudian las condiciones socio-demográficas, las condiciones de trabajo y las conductas de riesgo entre las mujeres inmigrantes que ejercen en Madrid. La muestra seleccionada es amplia (579 mujeres inmigrantes) y entre las características descriptivas destacamos las siguientes: tienen una media de edad de 28,7 años, la mayoría (96%) son de América Latina, ninguna ha consumido drogas inyectadas, empezaron a trabajar como prostitutas en España; el 98% utilizan siempre preservativo en las penetraciones vaginales o anales con sus clientes; y el 17,6% lo utilizan en sus relaciones privadas. La prevalencia de la infección por el VIH y el VHC es del 0,2 y 0,9% respectivamente, el 8,1% tenía anticuerpos anti-VIH y el 0,5% antígeno de superficie; la prevalencia del VIH es muy baja pero es muy alta la frecuencia de las ITS. Existe este mismo estudio para los hombres que ejercen la prostitución en Madrid (Belza et al., 2001) y para un grupo de travestis y transexuales masculinos que ejercen la prostitución de calle (Belza et al., 2000).

Las conclusiones más relevantes que ofrecen los últimos estudios sobre prevalencia realizados en Cataluña por Folch et al. (2008, 2009) generalizables a la mayoría de estudios que se han realizado sobre la seroprevalencia durante esta década en España. Los resultados que obtuvieron los autores en ambos estudios son los siguientes: en el primer estudio transversal (Folch et al., 2008) cuenta con una muestra de 357 mujeres inmigrantes que ejercen; la muestra está compuesta por mujeres de Europa del Este (36,4%), de América Latina el 34,5%, y de África el 29,1%. Se ha recogido información sobre las características socio-demográficas y el trabajo sexual, el consumo de alcohol y drogas, las prácticas sexuales y el uso de los servicios sociales y de atención sanitaria. También se han hecho pruebas específicas para el estudio de la prevalencia de VIH y de las ITS. En general la prevalencia de ITS y VIH es muy baja y no se

observaron diferencias por origen geográfico. Tres mujeres africanas eran VIH positivo. En el análisis multivariante, la edad (menor edad) y el sexo sin protección con los clientes se asociaron con la presencia de ITS. En general, la prevalencia de infecciones de transmisión sexual entre mujeres que ejercen en Cataluña es inferior al registrado en otros países europeos. Si bien la prevalencia del VIH fue de sólo 0,8%, podría aumentar en el futuro, dada la gran vulnerabilidad de estas mujeres y su movilidad geográfica. En el siguiente estudio (Folch et al., 2009) la muestra está compuesta por 100 mujeres, tanto españolas como inmigrantes: la distribución por procedencia es la siguiente: el 10,8% son de España, el 32,5% de Europa Oriental, el 30,7% de América Latina, y el 26% de África. La mayoría de las mujeres (95,5%) usan siempre preservativos durante las relaciones sexuales vaginales con los clientes, pero sólo el 12,4% lo utiliza con la pareja estable. En general el VIH, la prevalencia de *C. trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* fueron de 1,8%, 5,5% y 0,6%, respectivamente. Las mujeres españolas son las que tienen problemas de consumo de drogas inyectables (9,3%), y son las que usan los condones con menos frecuencia.

En conclusión, las mujeres que ejercen la prostitución han sido consideradas clásicamente como un grupo de alto riesgo para la transmisión del VIH a la población general. Pero las prevalencias del VIH entre las mujeres que ejercen son más bajas de lo que podría esperarse, al menos en nuestro país, y se asocian a otros factores de riesgo ya mencionados: el consumo de drogas vía intravenosa, conductas de riesgo y tener parejas seropositivas (Belza, et al., 2000; Day y Ward, 2004; McKeganey y Barnard, 1996; Sánchez et al., 2003; Sanders, 2005; Solana, 2003; Vanwesenbeeck, 2001; Ward, Day, Green, Cooper y Weber, 2004; Ward, Day y Weber, 1999).

### **3.2.1.2. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**

Los estudios más recientes sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en personas que ejercen la prostitución analizan no sólo las prevalencias sino las conductas de riesgo y los factores que favorecen la prevención, tanto entre las personas que ejercen como entre los clientes.

Seib, Debattista, Fischer, Dunne y Najman. (2009) realizan un estudio en Australia sobre las infecciones de transmisión sexual entre las personas que ejercen y sus clientes y sobre las diferencias en la prevalencia en función de los tipos de prostitución. En total completaron cuestionarios anónimos 247 personas que ejercen (edad 19-57 años) y 185 clientes (entre los 19 y 72 años). Los resultados son los siguientes: hubo poca variación en la prevalencia de las ITS en

función de los tipos de prostitución. Sin embargo, los clientes que suelen acceder a los servicios ilegales (calle) registran mayor número de ITS que los clientes que acuden a pisos o club legalizados. Esto sugiere que el riesgo de infección no es equivalente en todos los tipos de prostitución.

Ward et al. (2005) analizan el perfil del cliente en Londres y los riesgos que comportan sus conductas y prácticas sexuales. Los resultados del estudio son los siguientes: la proporción de clientes aumentó en los últimos 5 años del 2,0% (95%: 1,6 a 2,5) en 1990 a 4,2% en 2000 (del 95%: 3,6 a 4,9). El cliente suele tener entre 25 y 34 años, no están casados y viven en Londres. No se encontró relación con la etnia, clase social, el contacto homosexual, o el consumo de drogas inyectables. Los clientes son más propensos a tener 10 o más parejas sexuales en los últimos 5 años, sólo una minoría (19,3%) tenían o habían tenido una pareja que ejerce la prostitución; los clientes tienen una alta prevalencia de ITS. Sólo el 15% se habían hecho una prueba del VIH. Sus altas tasas de infecciones de transmisión sexual y el bajo nivel de las pruebas del VIH sugiere la necesidad de intervenciones de prevención para los clientes y no sólo para las mujeres que ejercen.

Leuridan, Wouters, Stalpaert y Van Damme (2005) describen la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS), las características socio-demográficas y el comportamiento sexual en una población de hombres que ejercen la prostitución en Amberes, Bélgica. Entre septiembre de 1999 y marzo de 2004, se recogieron sueros de 121 hombres, muestras de orina de 115 hombres y un cuestionario rellenado por 43 hombres. En el 45,5% de los casos se diagnosticaron una o más infecciones de transmisión sexual (hepatitis B). La prevalencia del VIH fue del 10,8%, virus de la hepatitis B (VHB) 28,9%, la sífilis 12,5%, la gonorrea 1,7% y *Chlamydia trachomatis* 9,7%.

Ward y Day (2006) realizaron un estudio longitudinal que exploraba la Salud (en un período de 15 años, entre el 1986 y el 1993) entre las mujeres que ejercen en Londres. Se obtuvieron datos de los resultados en 130 (37%) de la cohorte original de 354 mujeres. Se evaluaron las siguientes variables: el estado vital, la ocupación más reciente, la duración del trabajo sexual, infecciones de transmisión sexual (ITS) y problemas de Salud. Los resultados son los siguientes: la mayoría (el 59%) se encontraban todavía en la prostitución y llevaban ejerciendo una media de 13,6 años. Hubo seis muertes, una mortalidad de 4,8 por cada 1.000 personas. Las mujeres sobrevivientes tuvieron un riesgo acumulado alto (el 93%) de ITS. La gonorrea está asociada con la enfermedad inflamatoria pélvica y la infertilidad. Otros resultados hallados por los autores fueron los problemas de Salud mental (el 40%) y la adicción (el 64%). No hubo

diferencias significativas en los resultados de Salud entre las mujeres que todavía estaban en la prostitución y las que lo habían dejado. Hubo un alto nivel de movilidad laboral, y 31 mujeres (el 37%) habían terminado la formación profesional o estudios superiores, incluidos nivel de postgrado.

En España, Nogales et al. (2007) realizan un estudio sobre la prevalencia de *Chlamydia trachomatis* en la clínica de ITS en Sevilla; el diagnóstico se aplica a toda la población que acude a la clínica. El estudio incluyó 3854 pacientes (50,8% mujeres y 49,2% hombres, edad media 30,1) que acuden a la clínica desde el 2002 a al 2004. Del total, 50% pertenecían a grupos que realizan prácticas sexuales de alto riesgo: mujeres que ejercen (47%), hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (45%), clientes (4%), hombres heterosexuales promiscuos (4%), personas con parejas de riesgo (2,7%) y los usuarios de drogas inyectables (2,2%). Se analizaron un total de 5978 muestras (2384 exudado cervical, 2645 exudado uretral y 949 exudado rectal). Los resultados son los siguientes: la prevalencia de infección por *C. trachomatis* fue del 6% (4,3% en mujeres y 7,8% en hombres). Entre el total de mujeres, el 51,2% de las muestras fueron positivas para mujeres con factores de alto riesgo sexual y el 73,8% de las mujeres fueron asintomáticas. En los hombres, las proporciones fueron 70,5% y 36,9%, respectivamente. Exudado cervical, uretral y rectal con resultados positivos en el 4%, 4,9% y 4,3%, respectivamente.

En Asturias, los análisis más reciente sobre las ITS en mujeres que ejercen la prostitución en la Comunidad Autónoma son dos. Fernández (2004, p. 82) recoge aspectos relacionados con la Salud de una muestra de 115 mujeres que acuden a la Unidad de ITS de Médicos de Mundo en Avilés; los datos más relevantes que ofrece el estudio son los siguientes: el porcentaje de mujeres con enfermedades anteriores o previas a la primera consulta es del 26,01%. No tienen antecedentes de enfermedades el 73,9%; la media de mujeres con enfermedades anteriores es 0,26 con desviación típica de 0,44. El porcentaje de mujeres con Infecciones de transmisión sexual anteriores a la primera consulta es del 9,6%. No tienen antecedentes de ITS el 90,4% de las mujeres; la media de mujeres con Infecciones de Transmisión sexual es 0,10 con desviación típica de 0,29. El número medio de consultas de cada mujer es de 3,40 y desviación típica de 2,064; por lo general, las mujeres suelen acudir a la clínica cada 3-6 meses para una revisión y control de ITS. En la consulta se han realizado un total de 298 seguimientos y consultas sanitarias en dos años (2002-2003); El número de historias clínicas durante el primer año (2002) ha sido de 58 y en el segundo año (hasta octubre del 2003) se han abierto 57 historias clínicas nuevas: en

total, 115. Se han realizado un total de 177 exudados y serología y 123 citologías. Se han administrado en total 136 dosis de vacunación de la Hepatitis y un total de 119 del Tétanos. De un total de 177 exudados y serologías en una muestra de 115 mujeres, la proporción de patologías detectadas se reflejan en la figura 9.

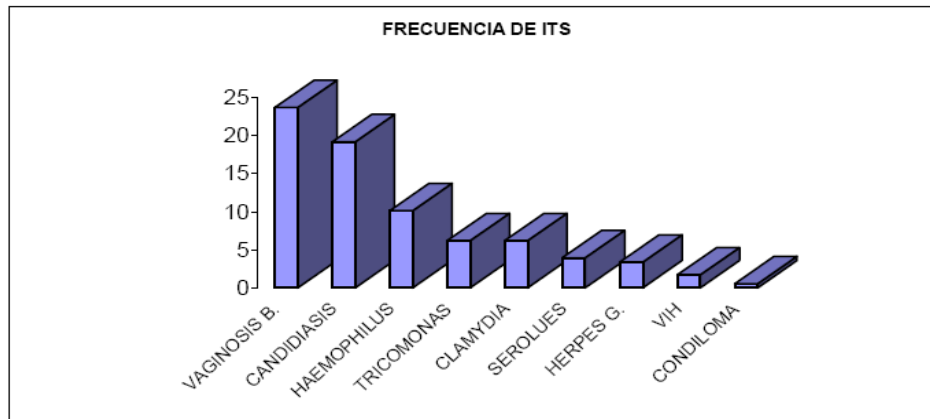


Figura 9: Porcentaje de ITS de las mujeres que acuden a la consulta de ITS de Médicos del Mundo en Avilés, en año 2003. Fuente: Fernández (2004, p.84).

Como se observa en el gráfico para la muestra de Avilés se registra baja prevalencia de seropositividad, porque las mujeres no presentan consumo de drogas por vía intravenosa (UDI), pareja seropositiva y sexo sin protección, factores determinantes para el VIH. En general se constata que las mujeres que ejercen la prostitución en Asturias tienden a realizar controles sanitarios para la prevención y cuidado de su Salud. Se observa un aumento del número de usuarias adheridas a los Proyectos de Reducción de Daños y un aumento en el número de usuarias que acuden a controles. Sin embargo, no hay que olvidar que el control no significa prevención y educación sexual. En algunos casos, la percepción del control y seguimiento de las ITS se asocia a la no percepción del riesgo al que están expuestas las mujeres que ejercen la prostitución (Fernández, 2004).

Dos años más tarde, Domingo Ojer et al. (2007) recogen los datos sobre prevalencias de ITS de 798 mujeres que acuden a las Unidades de ITS de Gijón y Oviedo y a los datos de 115 mujeres que acuden a la consulta de Avilés. Los resultados se recogen en la figura 10. Estos datos son congruentes con los obtenidos en otros estudios sobre ITS realizados en España (Baltazar, Rivera, Cruz y Hernández, 2005; Sánchez et al., 2003; Touzé et al., 2001; Uribe y Hernández, 2000; Uribe, Conde, Juárez y Hernández, 2003).

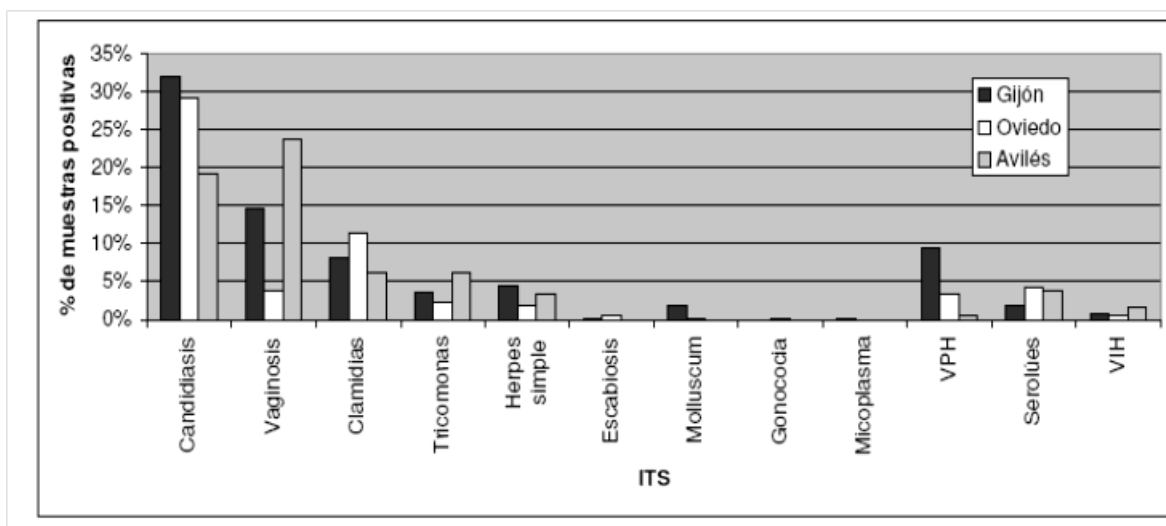


Figura 10: Porcentaje de ITS positivas en las Unidades de ITS de Gijón y Oviedo y en la Unidad de ITS de Médicos del Mundo en Avilés durante el año 2003. Fuente: Ojer et al. (2007, p. 65).

### 3.2.1.3. Consumo de Drogas

Los estudios más recientes sobre el consumo de drogas y en relación a las mujeres que ejercen la prostitución están centrados exclusivamente en grupos muy concretos de personas que ejercen en la industria del sexo, en concreto en las mujeres que ejercen en la modalidad de calle, colectivo que en España, y en algunos países europeos, es minoritario y tendente a desaparecer. Las muestras suelen ser pequeñas y con muchos problemas asociados, (ASE-Psiké, 1997; Baker, Case y Policicchio, 2003; Brents y Hausbeck, 2005; Church, Henderson, Barnard y Hart, 2001; Farley y Barkan, 1998; Meneses, 2003; Raphael y Shapiro, 2004; Surrat, Inciardi, Kurtz y Kiley, 2004; Wiliamson y Folaron, 2001).

Por otro lado, en este grupo de mujeres (consumidoras de drogas) la variable prostitución no es determinante, ya que el ejercicio está ligado a la obtención del dinero para la compra de droga como explica Jeal, Salisbury y Turner (2008). Estos autores realizan un estudio para obtener una comprensión detallada de la vida de las mujeres que ejercen en la calle; la muestra son 22 mujeres que ejercen en Bristol (Londres); las mujeres informaron como se desarrollaba una jornada de su vida, un ciclo continuo de ejercicio de la prostitución y la consiguiente compra de drogas y su consumo y la vuelta al ejercicio para conseguir más dinero. Los tipos de riesgos que sufren en la calle son los siguientes: infecciones de transmisión sexual, violación, violencia física y verbal y asesinato en las dos situaciones: tanto en la prostitución como en la compra de drogas. La mayoría de las mujeres que se inyectaban drogas tienen enfermedades potencialmente mortales, incluyendo



trombosis venosa, embolia pulmonar y abscesos. Algunos de las entrevistadas decían que dormían en pisos o aparcamientos donde se consumía crack; la mayoría reconocen que no comen, no beben o no duermen con regularidad lo que contribuye a la pérdida de peso y sus problemas de salud física y mental; además de estos problemas tienen otros asociados como: el alojamiento inestable, la separación de los hijos o de la familia, necesitar dinero para tomar medicinas, etc.

Potterat, Rothenberg, Muth, Darrow, y Phillips-Plummer (1998) sugieren un vínculo complejo entre el uso de drogas ilegales y la subsiguiente entrada en prostitución, ya que encontraron que un 66% de las prostitutas entrevistadas habían usado drogas antes de comenzar a ejercer la prostitución; un 18% comenzaron ambas conductas al mismo tiempo y un 17% usó drogas después de comenzar a ejercer la prostitución. Aunque es necesaria una demostración empírica para establecer la relación causal entre estos sucesos (uso de drogas y entrada en prostitución), estos datos demuestran la fuerte secuencia temporal de estos eventos críticos ya que el abuso de sustancias suele preceder a la entrada en prostitución.

Diversos autores realizan estudios específicos sobre el colectivo de personas que ejercen en la calle, donde las variables más estudiadas son los problemas de Salud. Este colectivo es el que presenta una peor Calidad de Vida en todos los ámbitos, pero en especial en el ámbito de la Salud Física (Baker, Case y Policicchio, 2003; Baker, Wilson, y Winebarger, 2004; Barnard, 1992; Brewis y Linstead, 2000; López y Pinedo, 2007; Meneses, 2003; Pinedo y Martín, 2006; Ribeiro y Sacramento, 2005; Sanders, 2005; Surrat et al., 2004; Vanwesenbeeck, 2001).

La novedad que aportan los estudios de la última década sobre prostitución de calle y drogas es que no se centran tanto en la constatación sobre la prevalencia de las enfermedades, sino que se intenta estudiar otros factores que pueden mejorar su Calidad de Vida; por ejemplo Jeal y Salisbury (2004a) realizan un estudio sobre la evaluación de las necesidades de Salud de las mujeres que ejercen en la calle en Bristol. Los autores aplicaron una entrevista a 70 mujeres. Todas informaron tener problemas de Salud crónicos. Las ITS eran entre 9 y 60 veces más comunes que en la población general. Muchas mujeres (44 %) habían experimentado abuso sexual y el 38% por ciento había recibido atención. La mayoría (97%) habían recibido más dinero para tener relaciones sexuales sin protección. La mitad (51%) tenía relaciones sexuales sin protección. Todos tenían problemas de drogas o dependencia del alcohol. En la última semana, el 22% habían compartido agujas y el 59% habían compartido material de inyección, a pesar de que la mayoría (96%) saben y conocen los riesgos. La Salud y las desigualdades sociales experimentadas

por este grupo son mucho peor que cualquier otro grupo de mujeres que ejercen en otras modalidades.

Creighton, Tariq y Perry (2008) realizan un estudio sobre las mujeres que ejercer en la calle y que acuden a una clínica de ITS de Londres. El estudio se realizó entre 1 de julio de 2006 y 31 de enero 2007. El equipo contactó con 120 mujeres que informaron consumir drogas, tener sexo sin protección con sus clientes y el uso de métodos anticonceptivos poco fiables o el no uso. 7 mujeres estaban embarazadas, 6 eran VIH positivas y 12 fueron positivos en serología de sífilis. Otras 17 tenían enfermedades de transmisión sexual. Se encontró una alta frecuencia de VIH, la sífilis, otras infecciones de transmisión sexual bacteriana y embarazos no deseados entre las mujeres que ejercen y asisten a esta clínica, además se detectaron una cantidad considerable de otros problemas de Salud física en este grupo y un número importante de prácticas sexuales de riesgo.

En España, Rut Pinedo (2008, p. 325) realiza una investigación sobre la Calidad de Vida y Salud Física con 146 personas que ejercen en diversas ciudades de Castilla y León en diferentes modalidades (calle, piso y club). La muestra de las personas que ejerce en la calle representan el 14,38% de la muestra total; está compuesta por mujeres (72%) y transexuales (28%), tanto españolas (57%) como inmigrantes (43%). Las conclusiones más relevantes para el grupo de personas que ejercen en la calle son las siguientes: presentan importantes problemas de consumo de drogas que conllevan otros problemas de Salud; es en el único grupo en el que se ha encontrado consumo de heroína por vía parenteral, siendo la vía de infección por VIH/SIDA en este colectivo; también se ha encontrado que en la mayoría de los casos había un policonsumo ya que también consumían cocaína, hachís, tabaco y alcohol; es el grupo que tiene más prevalencia de ITS; es el grupo que sufre más agresiones físicas y sexuales; son las que han tenido y tienen mayor número de IVEs, tanto antes como durante el ejercicio de la prostitución, en comparación con el resto de grupos; presentan peor Salud mental que las de club y las de piso y han recibido mayor atención psicológica tanto antes como durante el ejercicio.

Meneses (2007) hace un análisis de las consecuencias y de las circunstancias del consumo de cocaína en el entorno de la prostitución en España y en todas las modalidades (calle, piso y club) en 6 ciudades españolas (incluida Gijón). Se aplicaron entrevistas semi-estructuradas a 60 personas de edades comprendidas entre 18 y 50 años de edad. Los resultados son los siguientes: las sustancias psicoactivas más empleadas en la actividad de la prostitución son el alcohol y la cocaína. Otras sustancias, como el cannabis, la heroína o el *popper*, eran consumidas en menor medida. En el caso

de la heroína se trata de personas dependientes a esta sustancia que recurrían a la prostitución para mantener su consumo. El uso de alcohol se ha producido con anterioridad a la realización de la prostitución y su consumo en este último contexto estaba asociado al alterne con el cliente, al contacto previo a las prácticas sexuales y a un aumento de los ingresos de las personas que ejercían esta actividad, ya que obtenían un porcentaje económico de lo consumido por el cliente. Existía cierto control por parte de estas personas para evitar la embriaguez, puesto que repercutía negativamente en sus relaciones con el cliente y en sus ganancias. El consumo de cocaína solía producirse e iniciarse con la realización de los servicios sexuales. El consumo de alcohol y cocaína era ocasional y como instrumento o herramienta de trabajo (ayuda a reducir las barreras psicológicas o la inhibición y ayuda a aumentar la tolerancia a las largas horas de trabajo sexual con distintos clientes). El consumo de cocaína también se asoció con proporcionar o complacer al cliente sin tener que realizar servicios sexuales. Entre las consecuencias del consumo de drogas están las relaciones sexuales sin protección y un mayor riesgo de violencia por parte de los clientes. Las personas que ejercen desarrollan estrategias de reducción de daños por consumo de drogas como por ejemplo la reducción de la dosis con el fin de no perder el control, uso de drogas simuladas, y la selección de los clientes no consumidores. Las mujeres inmigrantes entrevistadas han iniciado el uso de cocaína en España coincidiendo con el inicio en la prostitución, mientras que entre las mujeres españolas el uso experimental u ocasional de cocaína se había producido con anterioridad al inicio en la prostitución.

Otro estudio que analiza el consumo de drogas y de alcohol con una muestra amplia de mujeres que ejercen la prostitución (en diversas modalidades y en diferentes provincias) está realizado por el equipo de Investigación Sociológica (EDIS, 2004). En este estudio se analiza el perfil de las personas pertenecientes al colectivo de exclusión social (mujeres que ejercen la prostitución, drogodependientes, sin techo y ex -reclusas). La muestra de mujeres que ejercen es de 264 y es comparada con los otros grupo de exclusión y con una muestra de mujeres que no sufren exclusión o normalizadas (N=396). Los resultados en cuanto al consumo de alcohol se recogen en la tabla 12.

Tipología de bebedoras	Segmento			Drogodependientes	Total mujeres en exclusión
	Prostitutas	Ex reclusas	Sin techo		
Abstinente	74.2	71.2	78.0	68.2	76.5
Ligera	3.0	4.7	3.7	3.9	3.9
Moderada	9.8	14.6	8.7	11.6	10.3
Alta	2.7	2.1	2.3	3.7	2.2
Excesiva	3.0	0.4	2.0	3.0	1.7
De gran riesgo	7.2	6.9	5.4	9.5	5.4
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Tabla 12: Consumo de alcohol en los diversos grupos de exclusión. Fuente: Realidad social de las mujeres sin techo, prostitutas, ex reclusas y drogodependientes en España (EDIS, 2004, p. 157).

El consumo de alcohol de manera abusiva (altas, excesivas y de gran riesgo, superior a los 50 ml. de alcohol puro) es mayor en el colectivo de mujeres drogodependientes (un 16.2%), aunque también destaca el de mujeres que ejercen la prostitución (12.9%). Por el contrario, entre las mujeres ex reclusas y sin techo este uso abusivo de alcohol está menos extendido. Si se comparan estos datos con la población normal, el resultado se puede apreciar en la tabla 13. El porcentaje de mujeres que no beben es similar en ambos grupos, pero la proporción de mujeres que consumen alcohol de manera abusiva es casi tres veces superior en el colectivo de mujeres en exclusión (el 9.3%), que en el de normalizadas (el 3.6%).

Tipología de bebedoras	Excluidas	Normalizadas
Abstinente	76.5	76.5
Ligera	3.9	8.6
Moderada	10.3	11.4
Alta	2.2	2.3
Excesiva	1.7	0.8
De gran riesgo	5.4	0.4
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Tabla 13: Diferencias en el consumo de alcohol en dos grupos de mujeres (excluidas y normalizadas). (EDIS, 2004, p. 158).

En cuanto al consumo de drogas los resultados para el grupo de mujeres que ejercen la prostitución se recogen en la tabla 14. Este grupo de mujeres obtiene un índice de consumo mucho más bajo que el resto de los grupos de exclusión.

Sustancia y frecuencia de uso	Segmento				Total mujeres en exclusión
	Prostitutas	Ex reclusas	Sin techo	Drogodependientes	
<b>Cannabis</b>					
No consume	75.8	61.2	80.0	58.0	73.5
Mensualmente	6.8	5.6	4.8	5.6	4.8
Semanalmente	9.1	13.8	6.2	15.0	9.7
A diario	8.3	19.4	9.0	21.4	12.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>Cocaína o crack</b>					
No consume	73.1	66.8	79.2	62.2	76.9
Mensualmente	7.6	8.2	5.9	10.2	6.9
Semanalmente	12.9	15.1	7.4	16.5	9.9
A diario	6.4	9.9	7.5	11.1	6.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>Heroína o metadona</b>					
No consume	81.1	41.8	73.0	23.4	56.6
Mensualmente	0.4	0.4	0.3	0.7	0.4
Semanalmente	1.5	3.0	2.5	4.8	3.0
A diario	17.0	54.8	24.2	71.1	40.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>Drogas de diseño</b>					
No consume	93.6	95.3	96.1	94.9	96.3
Mensualmente	4.5	3.0	2.5	3.2	2.4
Semanalmente	1.5	0.8	0.8	1.4	1.0
A diario	0.4	0.9	0.6	0.5	0.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>Alucinógenos</b>					
No consume	97.0	97.4	97.2	96.6	97.8
Mensualmente	2.3	1.3	1.7	2.1	1.3
Semanalmente	0.4	0.9	0.8	1.1	0.6
A diario	0.4	0.4	0.3	0.2	0.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>Anfetaminas</b>					
No consume	74.3	63.8	75.8	53.6	71.4
Mensualmente	3.8	3.4	3.1	3.4	2.7
Semanalmente	11.3	9.9	6.2	11.4	8.1
A diario	10.6	22.9	14.9	31.6	17.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 14: Consumo de drogas en los grupos de exclusión social. (EDIS, 2004, p.154).

En la tabla 15 se constata que existen semejanzas en cuanto al consumo de drogas entre el grupo de mujeres normalizadas y el grupo de las mujeres que ejercen la prostitución.

Colectivo y frecuencia de uso	Tipo de droga					
	Cannabis	Cocaína o crack	Heroína, metadona	Drogas de diseño	Alucinógenos	Anfetaminas
<b>Excluidas</b>						
Nunca	73.5	76.9	56.6	96.3	97.8	71.4
Mensualmente	4.8	6.9	0.4	2.4	1.4	2.7
Semanalmente	4.2	5.5	0.8	0.9	0.5	4.3
Dos a seis días por semana	5.5	4.4	2.2	0.1	0.1	3.8
Diariamente	12.0	6.3	40.0	0.3	0.1	17.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>Normalizadas</b>						
Nunca	89.4	98.0	99.2	100.0	100.0	93.4
Mensualmente	6.1	1.8	0.3	--	--	0.8
Semanalmente	3.0	0.2	0.5	--	--	1.3
Dos a seis días por semana	1.0	--	--	--	--	1.0
Diariamente	0.5	--	--	--	--	3.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 15: Diferencias en el consumo de drogas en dos grupos de mujeres (excluidas y normalizadas). (EDIS, 2004, p.155).

Los resultados de Rut Pinedo (2008, p. 246) en relación al consumo de drogas son los siguientes: hay relación entre el consumo de drogas y el tipo de prostitución de manera que son las personas que ejercen prostitución en la calle las que en mayor medida consumen drogas y las de piso las que en menor medida lo hacen; las personas que ejercen en la calle son las que mayor tiempo llevan consumiendo respecto a las de club y a las de piso, no habiendo diferencias entre estos dos últimos grupos. En general, exceptuando el grupo de personas que ejercen en la calle, las que ejercen en club o piso presentan medias de frecuencia de consumo cercanas a 0 ó 1, es decir, presentan un consumo de drogas muy esporádico (nunca ó 1 ó 2 veces al año). Las personas que ejercen en la calle presentan un consumo más frecuente de todos los tipos de drogas analizadas, destacando, además del consumo de tabaco y alcohol, el consumo de cocaína (5.5% la consume diariamente) y son las únicas que consumen heroína (6.2% la consume diariamente).

En Asturias, Fernández (2004, p. 80) aporta datos sobre el consumo de drogas en una muestra de 115 mujeres que ejercen en los club. No fuman tabaco el 46,1% de las mujeres; las que menos fuman son las latinoamericanas; muchas mujeres dicen que han comenzado a fumar desde que ejercen; entre los motivos señalan la imitación de las compañeras, como herramienta de trabajo con el cliente, el aburrimiento cuando no hay apenas clientes en el local, vencer la timidez, afrontamiento de la jornada laboral, etc. No beben alcohol el 28,2% y beben el 71,3% de las mujeres con la frecuencia y cantidades siguientes: beben de forma ocasional, ó 1-2 copas al día el 62,19%; beben más de 3 copas al día el 37,80%. Por lo general, los hábitos de consumo están asociados al tipo de trabajo; para aumentar las ganancias es necesario beber, pues de cada copa consumida, tanto por el cliente como por la mujer, ganan un 50%. No consumen drogas el 90,4%; si se produce el consumo de sustancias suele ser en horas de trabajo y con los clientes. De las que dicen consumir drogas (el 9,6% de la muestra total), el tipo de drogas y su distribución es la siguiente: sólo Hachis, el 45,5%; Hachis y Cocaína, el 27,3%; sólo Cocaína, el 18,2%; y sólo Heroína, el 9,1%. Algunas mujeres aseguran que son los propios clientes los que introducen las drogas en el local y prefieren compartir el consumo a solas con la mujer en la habitación; ante esta situación se dan dos conductas: consumir para complacer al cliente y no perder la ganancia o fingir la toma de la dosis y tirarla al suelo.

Este último aspecto (el consumo de drogas durante el ejercicio) también es analizado por Brewis y Linstead (2000, p.86); para los autores, las drogas pueden ser usadas por múltiples motivos en el mundo de la prostitución, *“algunas veces para mantener a las trabajadoras despiertas durante largos días y largas noches, (...), algunas veces para relajarlas y aliviar la sensación de lo poco*

*placentero que es el trabajo. Algunas veces esto también ayuda a jugar el papel requerido en el trabajo, para llegar a ser el producto que los clientes demandan*". Para muchas personas el consumo durante el ejercicio es considerado como una estrategia para incrementar su confianza, su control, su fortaleza psicológica, etc. (Meneses, 2007; Fernández, 2004; Pinedo, 2008), sin embargo, puede conllevar el efecto contrario: pérdida del control, menor percepción de riesgo, etc., factores que las colocan en una situación de mayor vulnerabilidad hacia riesgos de carácter sexual y episodios de violencia (Vanwesenbeeck, 2001).

#### **3.2.1.4. Atención Sanitaria**

A lo largo de las dos últimas décadas han ido apareciendo en Europa instituciones destinadas a la atención de las personas que ejercen la prostitución. La orientación de esas instituciones y el modo de funcionamiento varía en función de la mayor o menor preocupación por parte de los responsables sanitarios y de la prevalencia de las ITS o del VIH. (Rodríguez, 2002). En España existen planes y programas de control, prevención, información dirigidos a la reducción de daños para este colectivo. Todo programa precisa de su evaluación para garantizar la eficacia de la intervención. A raíz de estos programas se han realizado investigaciones que se centran en el análisis de las necesidades en materia de Salud de las personas que ejercen o los problemas de acceso a la atención sanitaria en detrimento del análisis específico de sus problemas de Salud, aspecto muy estudiado en las anteriores décadas.

Por ejemplo, Baker, Case y Policicchio (2003) estudian los problemas de Salud de las mujeres que ejercen en la ciudad de Detroit. Los investigadores trabajaron con una entidad que ofrece servicios a este colectivo. La observación no participante se utilizó para recopilar información sobre sus problemas de Salud, la información que puedan necesitar, y las barreras para la obtención de atención y la información sobre su Salud. Las mujeres (n = 75) tenían edades comprendidas entre 19 y 61 años. Se identificaron una serie de problemas físicos o psicológicos, como la violación, la depresión y la tuberculosis. El VIH / SIDA nunca se mencionó como problema. Un obstáculo importante para la atención de la Salud es la falta de información acerca de dónde ir para recibir tratamiento o cómo obtener un seguro médico.

Chacham, Diniz, Maia, Galati y Mirim (2007) estudian las necesidades de Salud sexual y reproductiva de las mujeres que ejercen en Brasil. Para los autores estos aspectos han sido poco estudiados frente al interés que suscita el estudio, casi exclusivo, de las ITS / VIH/SIDA. El

estudio describe el trabajo realizado por dos organizaciones no gubernamentales feministas en Brasil, Mulher e Saúde (MUSA) en Belo Horizonte y Colectivo Feminista Sexualidade e Saúde de São Paulo, que promueven la Salud sexual y reproductiva de las trabajadoras del sexo. El estudio describe cómo en el Proyecto de Musa las trabajadoras del sexo fueron capacitadas como educadoras de pares para hacer los talleres con otras mujeres que ejercen y con sus clientes. En São Paulo, el proyecto ofrece consultas clínicas y talleres de auto-cuidado en la sexualidad, la anticoncepción, prevención de ITS / VIH y el auto-examen.

En Guatemala, Porras et al. (2008) realizaron un estudio sobre la Salud reproductiva y la Salud de las mujeres que ejercen y su valoración sobre los servicios de Salud. Se realizaron 35 entrevistas individuales. Los resultados sugieren que las mujeres se enfrentan a múltiples formas de vulnerabilidad debido a su nivel de educación, situación económica y las relaciones desiguales de género. Muchas se sienten insatisfechas con la calidad de los servicios de Salud recibidos, específicamente con la falta de medicamentos, el tratamiento insuficiente del personal de los trabajadores de la Salud y la información escasa. La mayoría buscan atención privada para hacerse controles, y evitar la estigmatización de los profesionales de la pública. Los condones se reconoce ampliamente como medio de prevención de ITS / VIH, sin embargo, se tienen serias dificultades para su uso con los clientes. Los resultados del estudio apuntan a que los factores socioeconómicos, culturales y contextuales aumentan la vulnerabilidad de las mujeres. Las desigualdades de género influyen sobre la capacidad de la mujer para negociar el uso del condón con los clientes. Las mujeres consideran que carecen de autonomía en un sociedad en la que los valores y las decisiones de los hombres prevalecen sobre los derechos o el bienestar de las mujeres. Por otro lado, los autores constatan una alta movilidad de las mujeres, lo que aumenta los riesgos para su Salud (es más difícil hacer el seguimiento clínico). Como sugerencia, los autores proponen la educación entre pares, tanto para las mujeres como para los clientes y un enfoque más global de la prevención y cuidado en la Salud primaria, que incluyen una combinación de intervenciones individuales y generales de la población.

En Estados Unidos, Pinkham y Malinowska-Sempruch (2008) realizan una revisión de los últimos estudios y programas sobre atención sanitaria a mujeres consumidoras de drogas y que ejercen la prostitución. Para estos autores el género y el estigma pueden aumentar la vulnerabilidad de las mujeres y disminuir su acceso a los programas de reducción de daños, al tratamiento de la dependencia de drogas y los servicios de Salud sexual y reproductiva. A partir del estudio se recomienda el diseño de servicios de acceso para las mujeres usuarias de drogas que les ayuden a ser más independientes, la participación de las mujeres en el diseño de servicios y de políticas,



programas disponibles para las madres, la incorporación de la Salud sexual y reproductiva en los servicios de reducción de daños, la perspectiva de género en los programas y servicios, etc.

En Londres, Jeal y Salisbury (2004b) analizan los problemas de acceso a los servicios sanitarios de las mujeres que trabajan en la prostitución y que no utilizan los servicios de Salud. Los autores realizan un estudio transversal en la ciudad de Bristol con 71 mujeres que ejercen en la calle. Los resultados son los siguientes: las mujeres tenían contactos frecuentes con los profesionales de atención médica. El médico general fue la principal fuente de todos los tipos de atención. Aunque el 83% están registradas con un médico de cabecera, el 62% no había revelado su trabajo. Sólo el 46% habían sido examinadas para la infección de transmisión sexual en el último año, y el 24% fueron vacunados contra la hepatitis B, una recomendación nacional para los trabajadores del sexo. Sólo el 38% había tenido frotis cervical. Mientras estaban embarazadas de su último hijo, sólo el 30% estaban registradas en el primer trimestre y asistieron a todas las citas prenatales. El temor por el juicio sobre su trabajo y el estigma son importantes obstáculos para utilizar el servicio.

Estos mismos autores (Jeal y Salisbury, 2007) comparan las necesidades de Salud de las mujeres que ejercen en casas de masajes con las mujeres que ejercen en las calles del Reino Unido. Los resultados obtenidos son que el consumo de drogas es muy bajo entre las mujeres que ejercen en casas de masaje frente a las que ejercen en la calle; tenían menos enfermedades crónicas o agudas; tenían más controles de las ITS y tenían más probabilidades de usar anticonceptivos, además de usar más los preservativos; acudían más a los centros de atención primaria para el seguimiento de los embarazos. Los dos grupos difieren de forma significativa en las necesidades de atención médica, en las conductas de riesgo y en la utilización de los servicios, lo cual debe ser tenido en cuenta en los programas de atención y prevención.

En España, Estébanez et al. (2002, p. 79) analizan los datos de atención sanitaria de una muestra de 1.057 mujeres que ejercen en diversas provincias; se obtiene los siguientes resultados: el estado de Salud autopercebido por las mujeres que ejercen la prostitución es, en general, bueno (un 20,2% considera tener un estado de Salud muy bueno, un 56,4% lo perciben como bueno, un 19,4% como regular y sólo un 3,1% lo percibe como malo y un 1% como muy malo). La situación de cobertura por un seguro médico es la siguiente: el 39,5% disponen de Seguridad Social, el 21,2% de un seguro privado y el 38,9% no tienen ninguna clase de seguro médico. El conocimiento de los recursos sanitarios parece amplio ya que el 80,7% afirman conocer los servicios sanitarios a los que acudirían en caso de presentar algún problema médico. A lo largo del año anterior a la entrevista, el 71,0% utilizó este tipo de servicios; por orden de frecuentación:

Clínica de ETS, Centro de Salud, Urgencias, Consulta Medicina Privada, Centro de Drogodependencias, ONG, Hospital, Centro de ETS, Otros (psiquiatría, clínica Planificación Familiar). Los servicios sociales fueron utilizados, a lo largo del año anterior, por el 28% de las mujeres. Por orden de frecuencia acudieron a: Programas de prevención de SIDA, ONG, Programas de prevención de drogas, Servicios de atención a la mujer, Servicios de los Ayuntamientos, Asociaciones de prostitutas.

Pardo y Agudo (2008) realizan un estudio más específico sobre las necesidades de Salud que presentan las mujeres inmigrantes subsaharianas que ejercen la prostitución en Madrid. Se aplicaron cuestionarios a 85 mujeres. La edad media era de 23,38. Los principales países de procedencia eran Nigeria y Sierra Leona y la mayoría no tienen “papeles”. La percepción de su estado de Salud fue positiva en el 76,47% de los casos. Los principales problemas de Salud informados por las mujeres eran los respiratorios (24,71%), los gastrointestinales (15,29%) y los ginecológicos (12,94%). En cuanto a la Asistencia médica, sólo el 21,18% había acudido a algún centro médico. De entre las que no habían acudido a ningún centro médico, 51,56% no se habían sentido enfermas, 20,31% acudieron a farmacias y 18,75% no se atrevieron a hacerlo por no tener “papeles”. El 93,98% no tiene tarjeta sanitaria, todas ellas por desconocimiento del sistema sanitario español. Tan sólo el 12,94% había acudido a algún centro para revisión ginecológica. La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos distintos del preservativo es muy baja; los orales son poco conocidos por las mujeres, incluso emplean algunos medicamentos como los antibióticos pensando que tienen efecto anticonceptivo. Estos datos nos indican la necesidad de programas de Salud para mejorar la información y conocimientos sobre Salud y utilización de servicios sanitarios, más en concreto sobre Salud sexual y reproductiva.

Pinedo (2008, p. 318) analiza el acceso a los servicios sanitarios y el autocuidado. Las conclusiones del estudio son las siguientes: un 45% del colectivo no acude a los servicios socio-sanitarios públicos, debido, en la mayoría de las ocasiones (66.6%), a la falta de tarjeta sanitaria. El no disponer de esta tarjeta se debe en la mayoría de los casos a que la persona se encuentra ilegalmente y tiene miedo a empadronarse y ser localizada y deportada a su país. Sin embargo, la mayoría de la muestra (91.1%) afirma realizar reconocimientos médicos periódicos, tanto en las clínicas privadas como en las ONG y asociaciones que trabajan con este colectivo. Esto demuestra que el colectivo se preocupa por su Salud física y busca vías alternativas para recibir asistencia sanitaria.

En Asturias, (Fernández, 2007) se realiza un estudio sobre el acceso a los recursos socio-sanitarios por parte de las mujeres que ejercen la prostitución en las modalidades de calle, piso y club. La muestra está compuesta por 214 mujeres a las que se les aplica una entrevista semi-estructurada. Los resultados más relevantes son los siguientes: El 85% de las mujeres utilizan al menos un recurso socio- sanitario de los que se ofrecen en la ciudad donde residen; el 15% no los utilizan y los motivos principales son por desconocimiento o por falta de información, la mayoría son inmigrante recién llegadas a España. Los recursos más utilizados por toda la muestra son los siguientes: Los servicios más utilizados son el centro de Salud (65.2%) y el hospital y su servicio de urgencias (51.9%); las unidades de control de las ITS, son utilizadas por el 51.4% de las mujeres. El que menos se utiliza es planificación familiar, con un 1.9%, y el centro de Salud mental que es utilizado en tan sólo un 6.7% de los casos. Los servicios sociales: han acudido el 13.8% de las mujeres a los Servicios Sociales; han ido en alguna ocasión al Centro Asesor de la Mujer el 6.7%; finalmente, se han beneficiado de recursos relacionados con Empleo y Formación un 10.5% de las mujeres. Los servicios ofrecidos por las ONG: son usuarias de servicios relacionadas con mujer, inmigración o prostitución el 26.2% de las mujeres. En alguna ocasión han recibido asesoramiento legal de abogados o asesores un 10% de la muestra. Otros recursos de la zona (Policía, Consulado, Centros de acogida y Centros de ayuda para toxicomanías): han acudido en alguna ocasión a la policía el 11% de las mujeres. En cuanto a los centros, el uso es casi inexistente: han estado en un centro de acogida el 1.4% de las mujeres y han acudido a algún centro de ayuda para toxicomanías el 1.9%; al consulado, han acudido un 10.3% de las mujeres inmigrantes.

A lo largo de la investigación (Fernández, 2007) y a través de los programas de Acercamiento, se ha constatado que las mujeres (inmigrantes) que no utilizan los recursos comienzan a utilizarlos una vez que obtienen la información, tanto a través de las ONG que desarrollan el Acercamiento, como de las compañeras del club, del piso, o las propias dueñas de pisos, y en algunos casos, por los dueños o encargados de los club. La información que más interesa está relacionada con la Salud (cómo pueden obtener una asistencia sanitaria gratuita, y el acceso a la unidad de ITS). Los recursos menos utilizados son los relacionados con la Salud Mental y Planificación Familiar. Con respecto a las mujeres españolas se observa que tienden a utilizar todos los recursos, pero el que menos frecuentan es la Unidad de ITS. Las razones que aducen las mujeres son las siguientes: muchas prefieren preservar su identidad; otras suelen asociar la Unidad de ITS con prostitución exclusivamente, cuando es para toda la población en general, y rechazan utilizar un recurso exclusivo para mujeres que ejercen la prostitución; en otros casos, prefieren hacerse los controles en clínicas privadas o públicas donde el profesional que las atiende tiene su historia clínica desde hace años, lo que provoca reticencias para el cambio; otras nos comentan que

llevan poco tiempo en la prostitución, o se dedican muy pocas horas, o la ejercen de forma temporal y puntual y no se identifican con el colectivo de mujeres que ejercen la prostitución y prefieren los recursos normalizados; y por último, algunas creen que a penas existen riesgos, ya que su estado de Salud es bueno o normal.

Entre las mujeres que prefieren los recursos específicos (relacionados con la prostitución) hay cierta reticencia a utilizar los recursos normalizados (para la población general). Las razones que aducen son las siguientes (Fernández, 2007): los profesionales de las ONG ya saben la actividad que ejercen y no deben explicar detalles de su situación actual; resuelven de forma más específica las necesidades puntuales que precisa cada mujer (dependiendo del perfil) y tienen un conocimiento más profundo de las posibilidades reales; realizan ellos mismos las gestiones, tramitaciones o solicitudes, y contactan con los profesionales de otros servicios, lo que beneficia enormemente a las mujeres inmigrantes recién llegadas, a las inmigrantes “sin papeles” o las que desconocen el idioma; realizan ellos mismos las derivaciones y en algunos casos acompañan a las mujeres a los recursos.

Otro de los aspectos estudiados en Asturias sobre la atención sanitaria a las mujeres que ejercen la prostitución, está relacionado con los Programas de reducción de Daños. Fernández (2004) realiza un estudio con una muestra de 115 mujeres que ejercen en club; las mujeres que componen la muestra son usuarias de un Programa de Reducción de Daños de Médicos del Mundo en Avilés, que cuenta, entre otros dispositivos, con una consulta clínica para la revisión y control de las ITS y un programa de Acercamiento a los club, que tiene como finalidad reforzar los talleres de sexo seguro que se ofrecen en la consulta. El estudio analiza la Salud de las mujeres en diversos aspectos y en concreto la importancia de los talleres sobre prácticas sexuales seguras. Los resultados del estudio son los siguientes (Fernández, 2004, p. 63): con el cliente Las prácticas sexuales más habituales son el sexo vaginal y el sexo oral al hombre (felación). Las mujeres informan que el uso del preservativo es utilizado siempre por todas las mujeres, aunque su uso está condicionado por factores como la presión económica y la confianza con el cliente. La mayor dificultad en el trabajo con los clientes es la negociación del uso del preservativo en el sexo oral; algunos clientes ofrecen más dinero o les amenazan con recurrir a otras compañeras que no exigen el preservativo. Para protegerse de las enfermedades las mujeres utilizan el lavado previo de los genitales del cliente, y examinan detenidamente los órganos para detectar posibles manchas, prurito, o heridas sospechosas de ITS; estas estrategias se incluyen en la práctica sexual como juego erótico para el cliente; por otro lado, además de permitir la prevención, acortan el tiempo del servicio. En los talleres de “sexo más seguro” realizados en el Programa de Acercamiento en los club se han detectado una serie de conductas de riesgo: errores en la colocación del preservativo en

el simulador de pene; dejan aire en la punta, no lo bajan hasta abajo, lo extraen incorrectamente, o abren el envoltorio con las uñas o la boca, entre otros errores; se constata desconocimiento sobre el procedimiento a seguir ante la rotura del preservativo en la práctica del sexo vaginal; no conocen “la pastilla del día después”; se constatan conductas que ponen en riesgo su Salud, por ejemplo, introducir esponjas (compradas en las droguerías) cuando tienen el período para evitar el sangrado durante la relación vaginal con el cliente, o hacer lavados y duchas vaginales muy frecuentes con materiales muy fuertes cuando terminan la relación vaginal con el cliente.etc. etc. A la luz de los resultados, es evidente que los programas de Acercamiento, los talleres sobre reducción de daños, la información y la formación en materia de Salud Sexual son prioritarios para mejorar la Calidad de Vida y la Salud de las mujeres que ejercen la prostitución.

### **3.2.2. Estudios sobre Salud Sexual**

#### **3.2.2.1. Planificación Familiar**

Los estudios más recientes en la literatura científica específicos sobre Planificación Familiar en mujeres que ejercen la prostitución se encuentran realizados en América, Japón o África siendo muy escasos en Europa, excepto en España, donde se hallan al menos dos estudios. Consideramos que en los países más occidentales el empleo de anticonceptivos por parte de las mujeres que ejercen es una práctica habitual y no es el foco de atención de los programas de prevención o educación sanitaria.

En Colombia, Bautista et al. (2008) describen el uso de métodos anticonceptivos entre 514 mujeres que ejercen en Bogotá. Los resultados son los siguientes: 264 (53%) tuvieron un aborto. Las variables asociadas en el aborto fueron la edad, los años de ejercicio y tener infección de transmisión sexual previa. Un total de 89 mujeres (17%) informaron que no tomaban ningún método de anticoncepción. Los anticonceptivos orales, el uso de preservativos, la esterilización femenina y la inserción del dispositivo intrauterino fueron los métodos más comunes de la anticoncepción. Las mujeres que eran más pobres, que se iniciaron en la prostitución a una edad más temprana y que consumieron alguna vez drogas ilegales, no tomaban ni usaban ningún tipo de anticonceptivo de forma regular.

En Osaka (Japón), Kimoto (2001) estudia las relaciones entre la toma de píldoras anticonceptivas, uso de preservativos y la historia de las enfermedades de transmisión sexual entre las mujeres que ejercen; se aplicó un cuestionario estandarizado auto-administrado para las prostitutas (92 mujeres) que acuden a una clínica de ETS en Osaka entre el 1 de abril 1998 y el 31

de marzo de 1999. Los resultados son los siguientes: la proporción de mujeres que fueron diagnosticadas con la infección por Chlamydia en la actualidad o el año anterior fue mayor entre las mujeres que toman píldoras anticonceptivas de forma "regular" que en aquellas que la toman de forma "irregular" o "no" la toman; el uso de la píldora se relacionó significativamente con el uso de condón "irregular o incorrecto o no uso"; la proporción de mujeres con una historia de infección por Chlamydia fue significativamente inferior entre las que usan condones de forma "regular y correcta" que en aquellas que no utilizan preservativos o los emplean de forma irregular o mal. Este estudio muestra que el uso irregular, incorrecto o el no uso de preservativos entre las usuarias de la píldora puede causar infección por Chlamydia.

En Madagascar, Feldblum et al. (2007) estiman la tasa de incidencia del embarazo entre las mujeres que ejercen y que participan en un programa de intervención para la promoción del uso de preservativos masculinos y femeninos, además, los autores, pretenden evaluar la influencia de varios factores predictivos de riesgo de embarazo. Las mujeres de la muestra venían cada 2 meses durante 18 meses al programa; se les aplicó entrevistas estructuradas en cada visita, además de realizar los exámenes físicos al inicio y cada 6 meses. El personal del programa registra la información sobre los embarazos durante las entrevistas; los resultados fueron los siguientes: de 935 mujeres, 250 quedaron embarazadas durante el seguimiento. La probabilidad acumulada de embarazo fue de 0,149 a los 6 meses y de 0,227 en 12 meses. Proporciones comparables de mujeres no embarazadas y embarazadas informaron de usar los anticonceptivos eficaces; sin embargo se registran cambios de métodos o suspensiones frecuentes. La no utilización de anticonceptivos eficaces y el tener relaciones sexuales sin protección se asociaron con mayor incidencia de embarazo.

En España, Rut Pinedo (2008, p.255) analiza la planificación familiar de una muestra de mujeres (119) que ejercen la modalidad de calle, piso y club en Castilla y León. Los resultados son los siguientes: únicamente las mujeres de club afirman en mayor medida haber tenido un embarazo a término antes de ejercer la prostitución; la media de edad del primer embarazo es de 19.25 años con un mínimo de 13 años y un máximo de 29 años. Se han encontrado diferencias significativas en el número de IVE en función del tipo de prostitución; las mujeres que ejercen prostitución en la calle han tenido mayor número de IVE (de media 1.23) en comparación con las mujeres que ejercen en club y piso, no habiendo diferencias entre estos últimos (medias 0,30 y 0,31 respectivamente); no se han encontrado diferencias significativas entre el número de IVE practicados antes de ejercer la prostitución y los realizados durante el ejercicio de la misma. Finalmente, tampoco se ha encontrado interacción entre cuándo se han llevado a cabo los abortos y

el tipo de prostitución. En conclusión, las mujeres que trabajan en la calle son las que han tenido y tienen mayor número de IVEs, tanto antes como durante el ejercicio de la prostitución, en comparación con el resto de grupos.

En Asturias, Fernández (2004) aporta datos sobre la planificación familiar de las mujeres que ejercen en club. Los resultados son los siguientes: tienen hijos el 69,6%, la media y desviación típica es 1,26 y 1,17. Las que más hijos tienen son las latinoamericanas; las que tienen 3 ó más hijos son el 31% de las Dominicanas y un 25% de las Colombianas; el 80.9% de las mujeres han tenido embarazos. La media son 2,22 y desviación típica 1,8. Han tenido abortos el 50,4% de las mujeres. En los datos ofrecidos sobre abortos no se distingue entre interrupciones voluntarias y espontáneas. El número de abortos es 93, lo que supone una media de 1,12 y desviación típica de 1,45. Se han realizado en la consulta clínica un total de 19 pruebas: el 52,63% son negativas. El 47,36% son positivas; de ellas, el 33,33% son embarazos a término. Hay un índice elevado de solicitud de pruebas de embarazo entre las usuarias, lo que inevitablemente nos conduciría a la necesidad de intensificar la educación y prevención orientadas a la Salud. El número de pruebas de embarazo puede ser un indicador relevante sobre los siguientes aspectos: a) Nivel de percepción del riesgo de embarazos no deseados, puede ser bajo a pesar de tener muchos contactos sexuales. b) Pocas barreras de protección para evitar el embarazo no deseado; a pesar de tener muchos contactos sexuales (con cliente y pareja) sólo utilizan el preservativo. c) Falta de información: ante la rotura del preservativo no saben qué procedimiento seguir. d) Diferencias interculturales en cuanto a la sexualidad y planificación familiar. e) Falta de información sobre planificación familiar, y sobre los métodos anticonceptivos y su correcta administración

Ojer et al. (2008a) realiza un análisis del conocimiento de los métodos anticonceptivos entre las mujeres que ejercen en Asturias. La muestra está compuesta por 212 mujeres que acuden a las Unidades clínicas de ITS de Gijón, Oviedo y Avilés entre enero y diciembre de 2003. El 92% de las participantes eran inmigrantes y el 76% trabajan en club. Se les aplicó un cuestionario auto-administrado que incluía las siguientes variables:

- Variables relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos:
  - Uso de método seguro en la última relación comercial por vía vaginal. Se consideraron métodos seguros el preservativo, los anticonceptivos orales, DIU, diafragma con espermicida; ligadura de trompas; implante hormonal; anticonceptivos intramusculares.

- Uso de método seguro en la última relación privada por vía vaginal (variable dicotómica).
- Variables relacionadas con el conocimiento de métodos anticonceptivos:
  - Percepción subjetiva del conocimiento contraceptivo. Se midió por medio de dos variables: una dicotómica (refieren o no refieren tener información suficiente sobre los métodos contraceptivos) y otra cuantitativa (nº de métodos contraceptivos que refieren saber utilizar, de un listado de 9).
  - Conocimiento real contraceptivo. Se les preguntó cuatro preguntas acerca de cuatro métodos contraceptivos: el preservativo, los anticonceptivos orales, el coitus interruptus y el DIU. El conocimiento real contraceptivo se midió por dos variables: una dicotómica (tener o no tener aceptable conocimiento real contraceptivo, según contestasen adecuadamente las cuatro preguntas acerca de los cuatro métodos antes citados) y otra cuantitativa (nº de preguntas contestadas de forma adecuada).

Los resultados y las conclusiones obtenidas son los siguientes:

El 61,2% de las mujeres afirmaban tener suficiente información sobre métodos anticonceptivos, aunque el conocimiento correcto es mucho menor; el 2,4% de las mujeres no había utilizado un método eficaz con el cliente en su última relación y un 20,4% de la muestra no lo utilizaba en sus relaciones privadas.

El uso de métodos contraceptivos seguros es generalizado, mas en las relaciones comerciales (97,6%) y sobre todo gracias al amplio uso del preservativo (el 91,4% de las mujeres lo usan siempre ellas); sin embargo, el empleo de dos métodos eficaces, por ejemplo, preservativo y píldora, sólo lo realizan la mitad de las mujeres.

El 73% refería haber tenido alguna rotura del preservativo, y de éstas, el 40% de las mujeres no sabían o no conocían el método más eficaz para evitar el embarazo.

En cuanto al resto de métodos utilizados en la última relación con el cliente, cabe citar los siguientes: anticonceptivos orales (utilizados por el 39,8%), ligadura y DIU (por el 6,6% cada uno de ellos), espermicidas (5,7%), píldora poscoital (5,2%), esponja (3,8%), coitus interruptus (2,8%), anticonceptivos intramusculares (1,9%) e implantes subcutáneos (0,9%).

Con la pareja, el 20,4% no empleó ningún método eficaz para prevenir el embarazo en la última relación y el método más empleado en ésta fue el preservativo, utilizado por el 44,5% de las mujeres. El 22,3% de todas las mujeres refiere utilizarlo siempre con su pareja en la relación



vaginal; el resto de métodos con la pareja tuvieron un uso similar al descrito en la relación con el cliente, excepto la esponja (menos empleada) y el coitus interruptus (más empleada).

En conclusión, el conocimiento de métodos anticonceptivos entre las mujeres que ejercen es menor del que suponemos, a pesar de la actividad a la que se dedican; por otro lado, se ha analizado la variable “conocimiento sobre anticonceptivo” con el número de IVE (interrupciones voluntarias de embarazo) y se ha encontrado que el conocimiento real y la edad se han relacionado de manera negativa a la presencia de IVE, de manera que a menor conocimiento y a menor edad la probabilidad de haber tenido alguna IVE es mayor (Ojer et al., 2008a).

Con respecto a las IVES (Interrupciones Voluntarias de Embarazos), el estudio de Ojer et al. (2008b) analiza los factores que podrían estar asociados con la presencia de IVE. Los resultados son los siguientes:

El porcentaje de aborto espontáneo encontrado en relación a los embarazos totales fue de un 11,03%, cifras cercanas a las descritas por la bibliografía en la población general (que están entre un 10 y un 15%).

El 37,6% habían sufrido al menos un IVE durante su vida, porcentaje alto, pero acorde con otros trabajos realizados con mujeres que ejercen la prostitución; si las comparamos con las cifras encontradas en la población general femenina residente en España las diferencias son grandes: según la última encuesta de fecundidad realizada por el Instituto Nacional de Estadística en el 99, sólo un 1,7% de las mujeres españolas entre 15 y 44 años referían haber tenido alguna IVE.

Entre las mujeres que han tenido alguna IVE a lo largo de su vida, el porcentaje de las que han tenido alguna antes de iniciarse en el ejercicio de la prostitución es del 69,7%; el porcentaje de las que han tenido todas sus IVES a partir de iniciarse en la prostitución es del 19,7%; y el porcentaje de las que han tenido alguna IVE durante el ejercicio de la prostitución es del 54%.

El número medio de IVES por mujer entre todas las mujeres encuestadas es de 1,69, con un rango que va del 0 al 8.

A la pregunta de cuantos meses estabas embarazada la última vez que interrumpiste voluntariamente un embarazo, un 89,9% de las mujeres contestó que de menos de 3 meses; un 8,7% tenía un embarazo de segundo trimestre, y un 1,4% estaba embarazada de más de 6 meses. Todas las que sufrieron la última IVE en el segundo o tercer trimestre eran mujeres inmigrantes.

Cuando se les pregunta dónde acudieron para realizar la última IVE, un 23,9% la tuvieron sin la atención de un médico. El 21,1% de las que han tenido alguna IVE, la última de ellas se la han realizado ellas mismas y todas ellas son de origen latinoamericano.

A la pregunta abierta de qué métodos conoces para interrumpir un embarazo, las respuestas más frecuentes fueron (por orden de frecuencia): el aborto (incluimos aquí las respuestas de “la clínica” “el hospital” y “el legrado”), el cytotec (medicamento para la acidez de estómago), las pastillas (incluimos también “las pastas”, “la píldora” y “las pírculas”), “el médico”, “la inyección”, “el preservativo”, los “unnos”, “la ruda”, “la píldora del día después”, la “pipa agua”, “diez aspirinas y una ducha”, “la T” (o DIU), “el perejil”, “pastillas vaginales” y “la píldora abortiva”.

Por último se les preguntó su actitud si se quedasen embarazadas con las relaciones comerciales. Un 8,3% contestó que continuaría con el embarazo, un 49,5% lo interrumpiría, y un 42,2% no sabía.

Los resultados por origen tienen significación estadística: las mujeres latinoamericanas son las que menos abortarían.

La existencia de las IVES estaba directamente relacionada con las variables “número de embarazos” y “años de la práctica de la prostitución” e inversamente relacionada con número de hijos, “la edad de la mujer y “el conocimiento correcto de anticonceptivos”. Las mujeres casadas tenían más probabilidades de haber sido sometidos a un IVE.

Las características más asociadas a la historia reproductiva de las mujeres prostitutas (como los embarazos, hijos, estado civil), junto con el conocimiento real contraceptivo y el tiempo de ejercicio de la prostitución, explican la presencia de IVE mejor que los factores más asociados a las condiciones del ejercicio de la prostitución misma (lugar de ejercicio, uso de método seguro en la relación comercial).

Las variables relacionadas con la historia reproductiva (y por ello asociadas a aspectos socio-culturales probablemente compartidos por las mujeres de la población general de los países de origen de nuestras participantes), junto con la práctica de una actividad como la prostitución, de alto riesgo para embarazos no deseados, pueda explicar las altas cifras de IVES de las mujeres que la ejercen.

A la luz de estos resultados es evidente que resulta prioritario aplicar una serie de medidas para la mejora de la Calidad de Vida y Salud Reproductiva de las mujeres que ejercen la prostitución (Fernández, 2004):

1. Sería necesario analizar cada caso y las causas para una intervención preventiva y formativa individualizada. Esta intervención contemplaría el análisis y estudio de cada caso, análisis de los factores que inciden en la Salud de cada mujer (nivel de adherencia al tratamiento, abandono del seguimiento o controles, las circunstancias psicosociales de las mujeres que inciden de forma

negativa, las creencias y valores con respecto a la Salud, la percepción del riesgo, la orientación a la Salud, las diferencias culturales, etc.).

2. Para lograr una eficaz intervención sería necesario partir de un enfoque binario: desde el enfoque Biomédico: detección temprana, diagnóstico, tratamiento, prescripción médica, seguimiento, vigilancia, estudio de prevalencias y predictores de riesgo, etc. y desde el enfoque Educativo y formativo: educación sexual a partir de las diferencias culturales, formación en la búsqueda de recursos y servicios de forma autónoma y libre, formación en materia de estrategias de afrontamiento y habilidades sociales para decidir.

3. Ampliar nuestra línea de investigación futura teniendo en cuenta las diferencias en función del origen de las usuarias y de las modalidades de ejercicio.

### **3.2.2.2. Uso del Condón**

Este tipo de estudios son muy numerosos en la literatura científica, especialmente en las personas que ejercen la prostitución; las novedades de los estudios de la última década, son entre otras, la especificidad de las muestras, diferenciando bien si son personas con riesgos asociados (por ejemplo las personas que tienen seroprevalencia o consumo de drogas inyectables); se amplía el estudio a los clientes; se analizan otras variables relacionadas como la percepción de la auto-eficacia, la autoestima, las habilidades para la negociación, los factores ambientales, la aceptación de nuevos métodos como el condón femenino, evaluación de programas, etc.

Los estudios más recientes de esta década se han encontrado en varios países, tanto occidentales como no occidentales. Por ejemplo, Kerrigan et al. (2003) analizan la influencia de factores estructurales en la promoción del uso consistente del condón entre las 288 mujeres que ejercen en 41 establecimientos de Santo Domingo; se les aplicó un cuestionario sobre su comportamiento sexual, la auto-eficacia en la negociación para un sexo seguro, la intimidad con su pareja, y las condiciones sociales, físicas y políticas del establecimiento donde trabajaban. Los resultados son los siguientes: los predictores significativos para el uso del condón son las características socio-demográficas, la auto-eficacia en la negociación, el ambiente de apoyo para el uso del preservativo en el ambiente laboral y social.

Para evaluar la aceptabilidad y el uso del condón femenino y el diafragma entre las mujeres que ejercen en la República Dominicana Lara et al. (2009) realizan un estudio con 243 participantes a las cuales se les hizo un seguimiento durante 5 meses. Las participantes recibieron

preservativos femeninos y masculinos y un diafragma junto con el asesoramiento adecuado en las visitas mensuales. El 76% habían usado condón femenino al menos una vez durante el último mes del estudio, frente al 50% que utiliza el diafragma con los preservativos masculinos y el 9% que utiliza solo el diafragma. La proporción de mujeres que declaran estar protegidas con un método de barrera aumentó del 66% en el primer mes al 77% en el último mes ( $p < 0,05$ ). Las participantes aceptaban mejor el uso del condón femenino que el diafragma. La información y asesoramiento sobre nuevos métodos de barrera dio lugar a un aumento en la utilización de una amplia gama de métodos de prevención y una reducción significativa en las relaciones sexuales sin protección.

En Italia, Fornasa, Gai, Tarantello y Gallina (2005) analizan el conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el uso del preservativo por parte de las mujeres que ejercen en la calle procedentes de la Europa Oriental y otros países de la UE con sede en la zona de Padua (noreste de Italia). Se les pidió a 98 mujeres responder un cuestionario anónimo, compuesto por 16 preguntas. Los resultados son los siguientes: más de un tercio de la muestra no usaban con frecuencia condón. Este hallazgo fue inversamente proporcional a su edad y nivel educativo. Casi todas eran conscientes del riesgo de contraer SIDA, pero no eran tan conscientes del riesgo de contraer ITS. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el uso del condón y su edad, y entre el uso del condón y el nivel educativo. Para los autores las mujeres que ejercen en las calles de Italia tienen a menudo relaciones sin protección con sus clientes, incluso en la presencia de síntomas relacionados con enfermedades de transmisión sexual; el uso del condón desciende cuando las mujeres tienen relaciones con sus parejas o sus proxenetas o con los clientes que pagan dinero extra para no tener relaciones sin protección. Evidentemente los resultados de este estudio se tienen que tomar con precaución, ya que solo se hace con las mujeres que ejercen en la calle, que suelen tener otros problemas asociados; por lo tanto, los resultados no pueden ser generalizables para todas las modalidades.

Otro tipo de estudios que se desarrollan durante esta década sobre el uso del condón están relacionados con las estrategias que emplean las personas que ejercen para vencer las resistencias de los clientes. Free, Roberts y McGuire (2007) exploran las habilidades para el uso del condón por parte de las mujeres que ejercen en Londres y Amsterdam. Se realizaron 22 entrevistas. Los resultados son los siguientes: el uso eficaz del condón depende de la selección previa que se hace del cliente, del manejo y control del preservativo en la relación, de las habilidades de comunicación y de las habilidades relacionadas con el ejercicio de la prostitución. Otras variables que son importantes y que inciden son ambientales, como el diseño de las

instalaciones, la forma en que el encuentro se organiza o se estructura, los dispositivos de seguridad, etc. por otro lado, se relatan otro tipo de habilidades y prácticas que aumentan el sexo seguro como son la simulación de sexo vaginal, las habilidades con el manejo del preservativo, la comprobación de la colocación correcta del preservativo durante las relaciones sexuales y la exploración del condón cuando se retira, etc.

Las mujeres que ejercen, por lo general y en el mundo occidental, siempre usan el condón con el cliente, pero no ocurre lo mismo con las parejas sexuales pertenecientes a su ámbito privado. En Canadá, Jackson, Sowinski, Bennett y Ryan (2005) analizan las diferencias en el uso del condón en el ámbito profesional y en el ámbito privado de las mujeres que ejercen la prostitución. Se realizaron 68 entrevistas semi-estructuradas. Los resultados sugieren que el condón representa una herramienta de trabajo cuando las mujeres tienen relaciones con el cliente; consideran que les proporciona confianza y seguridad; sin embargo, en el entorno privado, las mujeres solo lo usan "a veces" o no lo usan con sus parejas excepto cuando hay (o sospechan que puede haber) riesgo evidente de contagio por VIH o ITS.

En España, la evolución de los estudios sobre el uso del condón es similar a otros países europeos; al comienzo de la primera década del siglo XXI los estudios no son específicos sino que están inmersos en otros estudios amplios sobre prevalencia de ITS o VIH; a mediados de la década se estudian de forma más específica o dentro de otras variables relacionadas con la Salud Física o reproductiva; y al final de la década, se hallan estudios que analizan los factores asociados como la negativa o resistencia del cliente al uso del condón. A continuación hacemos un breve recorrido por diversos estudios.

Estébanez et al. (2002, p. 75) estudian el uso del condón con el cliente y la pareja y los factores asociados que inciden; los resultados son los siguientes:

- Relaciones con el cliente: dicen usar el condón siempre el 67% en sexo vaginal. En el sexo oral nunca utilizan el preservativo el 27,1% y en el sexo anal con los clientes, el 25% de las mujeres que lo practican con frecuencia dicen no utilizar nunca el preservativo.
- La decisión de usar el preservativo es tomada en el 86,9% de los casos por las mujeres y se toma junto con el cliente en el 11,9% de los casos. Además, el preservativo es aportado en un 82,3% de las ocasiones por la mujer, en un 14,8 % de los casos es aportado por el cliente y en el 2% el preservativo lo proporcionan en el local de trabajo.

- Los lugares donde las mujeres se abastecen de preservativos son muy variados: desde puntos habituales de venta (supermercados, farmacias), hasta otros servicios donde se distribuyen de manera gratuita. En otros casos se compran en el lugar de trabajo.
- Las circunstancias que influyen en la no utilización del preservativo, por orden de frecuencia son las siguientes: Insistencia del cliente. Necesidad urgente de dinero. El cliente paga más. Se trata de un cliente fijo. El cliente tiene aspecto sano.
- La media de roturas de preservativos por encuentro sexual con cliente es de 0,0054.
- En cuanto a las relaciones con las parejas: tienen pareja en el momento del estudio el 50,4% de las mujeres. La nacionalidad de su pareja es española en el 74,4% de las ocasiones
- En las relaciones con las parejas no utilizan el preservativo nunca el 73,3% en el sexo vaginal. En relación con el sexo oral no utilizan el preservativo nunca el 85,6% y en el sexo anal es practicado con sus parejas siempre sin preservativo en el 78,4%.
- Las mujeres que habían tenido en algún momento de su vida una pareja VIH seropositiva son tan solo el 4,8% de la muestra. De estas mujeres, el 64,5% había introducido cambios en las relaciones sexuales con su pareja, como es el uso del preservativo.

En Castilla y León, los datos son más positivos que los analizados en el estudio anterior; en el estudio de Pinedo (2008, p. 254), se halla que el 100% de las personas de la muestra afirman usarlo en las relaciones sexuales que mantienen con los clientes, especialmente en la penetración vaginal y/o anal; en este caso, el uso del condón es considerado como método de barrera para evitar enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, en el estudio se detecta que el uso del condón o disminuye cuando se practica el sexo oral (“francés natural” o sin protección), ya que muchos prefieren ganar más dinero o conseguir más clientes realizando esta práctica sin protección. También se constata que hay un descenso en el uso con las parejas ya que el 41.8% dice sólo usar el condón con el cliente y no con la pareja. Las razones aducidas para no utilizarlo con la pareja es separar el sexo comercial del privado y distanciarse del cliente.

En España también hallamos estudios sobre el uso del condón centrado en los clientes; Belza et al. (2008) realizan un estudio para hacer una estimación del porcentaje de clientes y del porcentaje de los que usan condones; para ello se aplica una encuesta sobre el comportamiento sexual a una muestra amplia de la población general (n = 5153, varones entre 19 y 49 años en el año 2003); los resultados son los siguientes: el 25,4% (n = 1306) de los hombres habían pagado para tener relaciones sexuales heterosexuales en algún momento de sus vidas; es el índice más alto hallado entre los estudios realizados en los países desarrollados. De los hombres que habían

pagado para tener relaciones sexuales en los últimos 5 años, el 95% (n = 653) habían utilizado un preservativo en el contacto. El no usar condón se asoció con tener más de 30 años y tener la primera relación sexual antes de cumplir los 16 años. Los hombres que no utilizaron preservativos en la última relación sexual comercial tienen opiniones más negativas sobre los condones frente al resto de la muestra.

En Asturias, el estudio más reciente sobre el uso del condón y factores asociados se centra en mujeres que ejercen en club t que asisten a una consulta de ITS (Fernández, 2004). En la primera consulta se registran los siguientes datos: utilizan método anticonceptivo oral el 33%, y no lo utilizan el 67% de las mujeres. En la primera consulta dicen utilizar el preservativo en el entorno laboral un 99,1% y tan sólo el 0,9% dice utilizarlo a veces. Entre las que dicen tener pareja en la primera consulta (el 57,4%), dicen utilizar preservativo con la pareja actual el 31,8% y dicen no utilizarlo el 68,2% a pesar de haber conocido a su pareja en el entorno de la prostitución; las razones que aducen para el no uso del condón con la pareja actual son las siguientes:

- Las mujeres consideran que el condón es como una herramienta de trabajo y una forma de separar el ámbito público del privado;
- Consideran que no es necesario, pues ellos confían en que ellas siempre se protegen en el trabajo y por lo tanto no son agentes de transmisión.
- En general, tienen asumido que se deben proteger del cliente pero no se protegen de la pareja.
- Además, piensan que el aumento en el número de controles de ITS en las consultas garantiza la prevención. A mayor número de controles, mayor prevención, y por lo tanto se puede caer en una disminución en prácticas de sexo seguro o la percepción de riesgos.

Para la autora (Fernández, 2004, p. 94): *“se necesitaría insistir más en la educación y formación sobre temas de prevención pero partiendo de sus conocimientos y no de sus errores; las mujeres, en concreto las inmigrantes, vienen con un bagaje cultural, religioso, político, ideológico etc. diferente y diverso; es necesaria la aceptación y adaptación a la diversidad por parte del profesional que forma o educa en materia de sexo seguro; a partir de la comprensión de sus conocimientos, prejuicios, miedos, preferencias, costumbres previas, es más fácil educar y formar”.*

Calderón y Ortiz (2003) constatan en un estudio comparativo entre mujeres latinas y africanas que ejercen en Canarias que existen diferencias culturales tanto en las prácticas sexuales como en las medidas de prevención. Las latinas utilizan menos el preservativo para sexo vaginal, oral y anal con

los clientes, pero se hacen más revisiones y controles en la consulta de ITS que las africanas. Para las autoras, el hecho de protegerse menos y hacerse más revisiones implica una percepción de riesgo menor en el contagio de las ITS o VIH. Otras diferencias culturales se refieren a las prácticas sexuales: las africanas practican menos el sexo oral y anal y no practican el coito durante la regla. Ambos grupos no suelen utilizar el preservativo con la pareja.

Los factores que pueden influir en el uso y no uso del condón con los clientes son analizados por diversos autores. Para los autores L. Baxter y C. Baxter (2004) y para Jordan (2005), cuando la mujer que ejerce la prostitución tiene un importante apremio económico; suele aceptar condiciones y prácticas de riesgo, como es tener sexo oral o vaginal sin condón. Según Estébanez et al. (2002) la insistencia del cliente junto con las necesidades económicas de la mujer prostituta son las causas del 75,6% de las relaciones con el cliente sin preservativo. Para Vanwensenbeeck et al. (1994) las mujeres que tienen más problemas para practicar sexo seguro y reciben más presiones para el no uso del condón son las mujeres que ejercen en la calle, especialmente las que tienen problemas de adicción; en general este grupo tiene escaso poder contractual sobre el cliente (escasa capacidad de marcar las reglas del intercambio comercial con el cliente), normalmente porque sus necesidades económicas, tanto por tener cargas familiares sin otra fuente de ingreso, como por su adicción a drogas, se lo impiden. Esto no ocurre en las otras modalidades, donde las mujeres se caracterizan por tener altos niveles de autoestima, y una percepción de su Salud como buena en general; sus condiciones en el ejercicio de su actividad son mejores y se pueden permitir el rechazar al cliente que no acepta sus condiciones, por lo que no gastan mucho tiempo en persuadir a los que son reticentes. Otras de las razones aducidas por las mujeres para disminuir el uso del condón en las relaciones comerciales es la confianza con el cliente, cuando este es habitual, se conocen y establecen relaciones de amistad (Baxter y Baxter, 2004; Cusick, 1998; Estébanez et al. 2002; Vanwensenbeeck et al, 1994). Para Ojer et al. (2007, p. 41) las medidas que se deberían establecer para conseguir mayores porcentajes en el uso del preservativo deberían de ir encaminadas a mejorar la situación laboral de las mujeres que ejercen la prostitución y disminuir sus necesidades económicas (cargas familiares, préstamo a sus acreedores, etc.), de esta forma se aumentaría su poder contractual o de negociación; otras medidas oportunas dirigidas a toda la población general, pero en especial, para los clientes.

En cuanto al no uso del condón con las parejas o en las relaciones privadas, Ojer et al. (2007 p. 42) explica que una de las causas posibles es la búsqueda en la relación con su pareja la visión “romántica” del sexo que se le niega en sus relaciones con los clientes y la necesidad de aceptación



que puede llevar consigo un mayor grado de subordinación (aceptar relaciones sexuales que no le satisfacen, el no uso del preservativo para satisfacer a la pareja, etc.). Para Warr y Pielt (1999) el no uso de condón con la pareja privada es considerado como un intento de recobrar su respetabilidad: *“usar condones en una relación privada redujo sustancialmente la capacidad de las mujeres para experimentar amor e intimidad a través del sexo. Para sus parejas también, el uso del condón podía ser interpretado como una falta de confianza”* (Warr y Pielt, 1999, p.301). Por otro lado, para Paula Medeiros (2000) las mujeres que ejercen en sus relaciones privadas con su pareja asume el rol femenino de subordinación como algo natural: *“no puedo moverme en la relación con mi marido, tengo que tumbarme y dejar que él lo haga todo; si no fuera así, él se quedaría flojo y me llamaría puta. Yo pienso que está bien porque con él no soy puta, hago mi papel de mujer”* (Medeiros, 2000, p. 104). Este fenómeno también es constatado por Laura Oso y Marcela Ulloa (2001. p. 101).

En resumen, podemos decir que actualmente, en los países más occidentales, y en concreto en España, hay un uso adecuado del preservativo por parte de las personas que ejercen la prostitución en ámbito de los intercambios sexuales con clientes; este hecho no se da siempre cuando las relaciones sexuales son practicadas con la pareja, la cual puede ser una vía de infección de enfermedades de transmisión sexual o de embarazos no deseados. La razón más poderosa o plausible para no usar el preservativo con la pareja es porque éste permite establecer la separación entre las relaciones sexuales privadas y las comerciales; el preservativo permite distanciar el contacto físico entre su propio cuerpo y el del cliente; el preservativo es una mera herramienta de trabajo que no tiene cabida en el espacio privado (Belza et al., 2000; Cwikel, Ilan y Chudakov, 2003; Day y Ward, 2004; Jackson, Sowinski, Bennet y Ryan, 2005; Fernández, 2004; Medeiros, 2000; Ojer et al., 2007; Pinedo, 2008; Sánchez et al., 2003; Vanwesenbeeck, 2001; Warr y Pielt, 1999).

### **3.2.2.3. Sexualidad**

Otro tema novedoso estudiado durante esta década está relacionado con las necesidades, los problemas y la Salud Sexual de las mujeres que ejercen la prostitución. Este aspecto ha sido muy poco o nada estudiado en décadas anteriores, quizás por el estigma asociado al ejercicio de la prostitución, que convierte a las mujeres que ejercen en mujeres carentes de capacidad para sentir placer o sufrir insatisfacción sexual.

Para Jackson et al. (2009) existen demasiados estudios que analizan las consecuencias de las relaciones sexuales comerciales en la Calidad de Vida y Salud, pero pocos que estudien las consecuencias de sus relaciones íntimas. Los autores analizan el efecto y las consecuencias de las relaciones íntimas (o de la vida privada) de las mujeres que ejercen la prostitución en Canadá. Los resultados del análisis de las entrevistas son los siguientes: las relaciones íntimas proporcionan el espacio para los sentimientos de inclusión y de seguridad que son percibidas como aspectos positivos en la Salud y en el bienestar. Al mismo tiempo, los sentimientos y experiencias de exclusión (alimentado por el discurso dominante del estigma) pueden darse en las relaciones íntimas, lo cual se percibe como un aspecto negativo que empeora el bienestar, en particular, la Salud emocional de las mujeres. Aunque se intenta siempre separar los dos espacios, el ámbito público del privado, en ocasiones se entrecruzan. Los autores concluyen que la atención sanitaria y los profesionales deben mirar más allá de la vida laboral de las mujeres, y contemplar todos los aspectos o esferas de las mujeres que ejercen (su vida privada, sus relaciones sociales, familiares, o de pareja) que pueden también incidir en su bienestar o Salud.

Uno de los primeros estudios que analiza estos factores (separación de la vida privada de la pública) en mujeres que ejercen la prostitución está realizado por Savitz y Rosen (1988). En su artículo "The sexuality of prostitutes: Sexual enjoyment reported by streetwalkers" las autoras demuestran que las mujeres que ejercen son sexualmente más comunicativas en su vida privada y que poseen la capacidad de separar el sexo comercial y el sexo en sus relaciones privadas.

En Australia, Munasinghe, Hayes, Hocking, Verry y Fairley. (2007) analizan la prevalencia de problemas sexuales entre las trabajadoras sexuales que asisten a un servicio de Salud sexual en Victoria. El objetivo de este estudio fue comparar dos muestras en relación a sus dificultades sexuales. Se aplicó un cuestionario anónimo a las trabajadoras del sexo (93) y no trabajadoras del sexo (178); los resultados son muy similares en ambos grupos: las características demográficas, los comportamientos sexuales, el dolor durante el sexo (34% versus 42%), la dificultad para el orgasmo (43% versus 40%), la sequedad vaginal (45% versus 36%) y , la ansiedad en la relación sexual (28% versus 37%), el placer y la satisfacción emocional con el sexo y la satisfacción de vida en general entre los profesionales del sexo era similar a la de las no profesionales del sexo. Sin embargo, las trabajadoras sexuales eran más propensas a experimentar desinterés sexual y menos propensas a informar que se angustiaban por su vida sexual.

En España, encontramos también estudios que analizan la Salud Sexual. ASE-Psiké (1997, p. 108) informa que en general, la mujer que ejerce la prostitución no siente ninguna satisfacción sexual en sus relaciones con los clientes, tan solo el 6% de ellas manifiesta tener satisfacción sexual en el ejercicio de la actividad sexual. Estas cifras difieren si se trata de la vida privada; en este caso, la satisfacción es alta, aunque un 13,33% dice no sentir ninguna satisfacción sexual con sus parejas. El placer, ocasional, en la relación comercial también es confirmado por otros autores (Agustín, 2001; Diputación de Palencia, 2008; Fernández, 2004; Medeiros, 2000; Perkins, 1991; Pheterson, 2000; Pinedo, 2008).

Medeiros (2000) recoge y analiza los discursos de las mujeres sobre su sexualidad en su estudio etnográfico sobre la prostitución en las calles de Barcelona. La autora concluye que las mujeres y los transexuales distinguen y separan bien las relaciones sexuales comerciales (donde sólo hay sexo y dinero) de las relaciones sexuales con sus parejas (donde hay sexo y amor, placer y displacer, entrega y orgasmos). Dentro de las relaciones con el cliente se establecen reglas: *“las relaciones sexuales también son diferentes, pues con el compañero pueden entregarse y ‘correrse’, mientras que con el cliente, de acuerdo con sus reglas, no deben enamorarse, tampoco alcanzar el orgasmo y, en consecuencia, no hay entrega total, es una relación vigilada”* (Medeiros, p.104). En el servicio sexual con el cliente no está incluido el placer o el orgasmo real, solo el fingido, el sobreactuado (Medeiros, 2000, p. 99); sin embargo, la realidad es otra; muchas mujeres y transexuales sienten placer sexual en sus relaciones con los clientes, al menos en algunas ocasiones, aunque les cuesta reconocerlo frente a sus compañeras de trabajo o frente al cliente. Si el cliente sabe o es consciente del placer real puede atribuirse el éxito a sus destrezas y exigir la devolución del dinero; si lo saben sus compañeras es perder profesionalidad. En el servicio sexual con el cliente no está incluido el enamoramiento, sólo las relaciones de amistad, atracción, empatía, confianza, etc.; sin embargo, esto puede ocurrir a veces, ya sea por inexperiencia o por falta de estrategias y habilidades (barreras emocionales, técnicas de distanciamiento o rechazo, control de emociones, etc.). (Medeiros, 2000, p. 97).

En Asturias, Fernández (2004, p. 62) realiza un análisis de las condiciones en las que se realiza la actividad de la prostitución en los club de Avilés. Las mujeres informantes que participan en el estudio dicen que la atracción y el placer también están presentes en su trabajo, disfrutando más si el cliente es atractivo y presenta buenas condiciones higiénicas.

En Castilla y León (López y Pinedo, 2007) se analiza la vida sexual en una muestra de 237 mujeres y transexuales que ejercen en club, piso y calle. Los resultados obtenidos son los siguientes:

el 82% afirma no tener ningún tipo de problema sexual en su vida; un 60% ha sentido en alguna ocasión placer sexual con el cliente y un 19% bastantes veces. Las agresiones y abusos durante el ejercicio de la prostitución existen, pero no se dan de forma generalizada. En el estudio realizado en la provincia de Palencia (Diputación de Palencia, 2008), se indagó sobre el placer con los clientes; un 24.1% afirmó haber sentido placer sexual alguna vez y un 25.9% afirmó haberlo sentido en bastantes ocasiones con los clientes.

Pinedo (2005) realiza un estudio cualitativo de Calidad de Vida y Salud; para la recogida de datos utiliza los Grupos de Discusión con dos grupos, el primero de ellos está compuesto por 6 mujeres españolas que ejercen la prostitución en la calle y el segundo está compuesto por 6 mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en piso o club; se recogen las opiniones sobre su situación y sobre los factores que influyen tanto en su calidad de vida y Salud; una de las categorías que se analiza es “ No sentir placer sexual, no tener relaciones sexuales satisfactorias”. Los resultados para esta categoría son bajos, el porcentaje de aparición es muy pequeño o nulo, y coinciden en ambos grupos; la sexualidad es un tema que en grupo no se trata espontáneamente, ni los aspectos positivos ni los negativos.

La misma autora, Pinedo (2005), realiza un estudio cuantitativo sobre la Calidad de Vida y Salud de un muestra de 20 mujeres de las cuales 9 son mujeres inmigrantes latinoamericanas que ejercen prostitución en club o piso y 11 son mujeres españolas que ejercen en la calle de Castilla y León. Se les aplican varios cuestionarios para medir diferentes aspectos, entre ellos, la escala “Social and Emotional Loneliness Scale for Adults- Short” (SELSA-S), “The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire” (MSSCQ) de Snell (1995), el “Sexual Satisfaction Inventory” de Marilyn Peddicord. Los resultados son los siguientes: las puntuaciones en Soledad Romántica o de Pareja son muy altas y son significativamente más altas para las mujeres que ejercen en la calle. En la Subescala de Depresión Sexual se obtuvieron puntuaciones altas para los dos grupos y en la Subescala de Satisfacción Sexual se halla una media baja para ambos grupos; no se encontraron diferencias significativas en ninguna de estas dos escalas entre las medias de los dos grupos. En cuanto a la evaluación de la Satisfacción Sexual con la Pareja, en ambos grupos se encuentran puntuaciones bajas.

Este mismo estudio se replica con una muestra más amplia, (N=146) donde se incluyen mujeres, hombres y transexuales que ejercen la prostitución en diferentes modalidades en diversas ciudades de Castilla y León (Pinedo, 2008). Además se incluyó una batería de preguntas

relacionadas con la satisfacción sexual con el cliente. Los resultados son diferentes y más positivos que en el estudio anterior, quizás, por ampliar el número y el género de las personas que componen la muestra de estudio; los resultados obtenidos son los siguientes:

- La muestra obtiene puntuaciones más bajas en Soledad Romántica que la población normal, especialmente entre las mujeres que ejercen en la calle;
- La muestra obtiene mayores puntuaciones que la población normal en satisfacción sexual, y por el contrario, la muestra obtiene mayor puntuación en depresión sexual que la población normal.
- Se ha realizado un ANOVA mixto con un factor intra, necesidades sexuales, compuesto por dos niveles: satisfacción sexual y depresión sexual; y un factor inter, el tipo de prostitución (calle, club y piso), pero no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos en las variables evaluadas, de forma que calle, club y piso no muestran diferencias significativas en satisfacción y depresión sexual. Tampoco se han encontrado diferencias significativas entre los niveles de satisfacción y depresión sexual en la muestra en general ni tampoco se han encontrado interacción significativa entre sus necesidades sexuales y el tipo de prostitución.
- En cuanto a la satisfacción sexual con el cliente, un 30% de la muestra dice no haber sentido nunca placer o excitación sexual con el cliente, un 46% dice haberlo sentido alguna vez y un 24% bastantes veces, pero no se ha encontrado relación con el tipo de prostitución, de manera que tanto el grupo de calle como el de club o piso afirman sentir placer con los clientes de la misma forma.

A la luz de los resultados, la autora concluye que las personas que ejercen la prostitución presentan un nivel de satisfacción sexual normal, incluso más alta que el resto de la población en el caso de las personas que ejercen en piso. Sin embargo, se hallan también niveles altos de depresión sexual, mayores que la población general; las personas que ejercen experimentan, en mayor medida, sentimientos de tristeza, infelicidad y depresión en su vida sexual, más que la población normal. Las causas posibles que expliquen este hecho, la depresión sexual, pueden estar relacionadas con las circunstancias adversas en las que se realiza, a veces, el servicio sexual; las agresiones sexuales recibidas durante el ejercicio o el haber sufrido abusos sexuales en algún momento de su vida; estos sucesos aunque son poco frecuentes podría influir negativamente en la vida sexual de una persona llevándola a vivir este tipo de sentimientos negativos hacia su vida sexual” (Pinedo, 2008, p. 337).

Como conclusión final de este apartado sobre la Salud Sexual de las mujeres que ejercen la prostitución, me parece interesante terminar con una reflexión de Rut Pinedo (2008, p. 338) sobre los afectos y la sexualidad de este colectivo:

*“Dado que la depresión sexual se relaciona con aspectos más psicoafectivos que fisiológicos el hecho de carecer de pareja y de presentar un elevado nivel de soledad romántica, puede hacer que lleve a estas personas a considerar su vida sexual deprimente en cuanto a que carece de aspectos como la afectividad, el cariño, el romanticismo, etc. Un cliente puede llegar a satisfacer las necesidades sexuales fisiológicas de una persona que ejerce prostitución si se dan las condiciones adecuadas pero es improbable que satisfaga necesidades de carácter más afectivo y emocional relacionadas con la sexualidad en pareja”* (Pinedo, 2008, p. 338).

### **3.2.3. Estudios sobre Salud Psicológica**

Los estudios recientes sobre la Calidad de Vida y Salud Psicológica de las personas que ejercen la prostitución son de dos tipos: por un lado, los estudios cuyo objetivo se basa en la búsqueda de los predictores relacionados directamente con la entrada en la prostitución (factores de personalidad, factores ambientales, etc.) o con la búsqueda de trastornos (estrés post-traumático) derivados del ejercicio; en este caso, las muestras son muy específicas, donde concurren otros aspectos muy determinantes; este hecho hace difícil la generalización a todas las personas que ejercen la prostitución o todas las modalidades de ejercicio. Por otro lado, en la literatura más reciente crece un cuerpo de estudios que están más relacionados con el análisis de la Salud emocional de las personas que ejercen, donde se analizan las personas independientemente de la actividad a la que se dedican; en este caso, se intenta hacer comparaciones con muestras normalizadas, para analizar si la prostitución es realmente un factor determinante o influyente en la Salud psicológica. A continuación ofrecemos un breve repaso de la literatura científica más reciente del siglo XXI en materia de Calidad de Vida y Salud Psicológica en sus dos vertientes.

#### **3.2.3.1. Trastornos asociados a la prostitución**

En este apartado hemos incluido aquellos estudios que buscan factores que predisponen al ejercicio. Por ejemplo, Ishoy, Ishoy y Olsen (2005) realizan un estudio en Dinamarca con mujeres que ejercen la prostitución de calle (la cual sólo representa el 10% con respecto a todas las personas que ejercen en Dinamarca); la mayoría tienen problemas con las drogas. Sus síntomas

psíquicos fueron evaluados y comparados con un grupo de control. La muestra de mujeres que ejercen son 27 y se les aplicó un cuestionario sobre sus antecedentes sociales, el perfil de abuso de sustancias, y la historia de abuso sexual y la prostitución, así como su estado de Salud actual, y se les aplicó el inventario de síntomas SCL-90. Los resultados son los siguientes: el consumo temprano de la heroína y la cocaína es un predictor para la entrada en la prostitución. El cuestionario SCL-90 halla puntuaciones más altas en las dimensiones “somatización” y “depresión” para las mujeres que abusan de las drogas en comparación con el grupo de control. La violación y la violencia doméstica eran más frecuentes entre las mujeres que consumen drogas así como el haber sufrido abuso sexual en la infancia y maltrato. Ulibarri et al. (2009) analizan las historias de abuso emocional, físico y sexual en el pasado y su influencia en los trastornos psicológicos actuales; la muestra está compuesta por 916 mujeres que ejercen la prostitución en Tijuana y Ciudad Juárez (México); los resultados, evidentemente, son contundentes: todas las formas de abuso en el pasado predicen mayores niveles de síntomas depresivos; el abuso físico y sexual correlaciona significativamente con mayores niveles de síntomas somáticos. El apoyo social también se asoció significativamente con menos síntomas de malestar; sin embargo, no se demostró la relación entre la historia de abuso y la ansiedad.

Vaddiparti et al. (2006) proponen un modelo para entender la relación entre la victimización de la infancia, la perpetración de la violencia, y más tarde la dependencia de la cocaína y el comercio sexual. En este caso se escoge una muestra de mujeres (N = 594) que consumen drogas, y se forman dos grupos, las que ejercen y las que no ejercen. Los resultados son los siguientes: las mujeres que ejercen informaron en mayor proporción (frente a las que no ejercen), que se vieron obligadas a besar o tocar a alguien de manera sexual antes de los 15 años (35% vs 22%), ser besada o tocada de una manera sexual por parte de los demás cuando ellas no querían (42% vs 31%), y ser obligadas a tener relaciones sexuales (30% vs 21%). Las mujeres que ejercen tienen más probabilidades que las que no ejercen de usar un arma o amenazar a alguien con un arma (29% vs 18%) y causar daño físico a otros antes de los 15 años (9% vs 5%). Por otro lado, la victimización en la infancia tiene una asociación directa y significativa tanto con la dependencia de la cocaína como con la entrada en la prostitución.

Sin embargo, Campbell, Ahren, Sefl y Clark (2003) realizan un estudio muy novedoso en relación a la violencia física y sexual. En este caso, los autores no estudian los abusos en la infancia, sino la violación en la edad adulta y su relación con la entrada en la prostitución; para ello, eligen una muestra amplia de mujeres que han sufrido la violación (independientemente de la actividad a la

que se dedican). Realizaron 102 entrevistas a mujeres víctimas de violación en una gran área metropolitana; solo el 23,5% había ejercido la prostitución después de la violación. Estas mujeres, frente a las que no ejercían, tenían además otros problemas, como el estar en el paro, tener hijos a su cargo, y educación secundaria o menos; en cuanto a su Salud psicológica, tuvieron niveles significativamente más altos de ansiedad, problemas de Salud y consumo de sustancias. Se les preguntó sobre la relación entre la violación y la prostitución; el 75% indicaron que sí había una relación directa; la razón más citada es que estaban tratando de recuperar un cierto control sobre sus vidas y sus cuerpos y el intercambio de sexo por dinero es visto como una forma de control sobre los hombres.

Otro tipo de estudios sobre la Salud Psicológica y prostitución están relacionados con el estrés post-traumático (TEPT), trastorno derivado directamente del ejercicio; por ejemplo, Valera, Sawyer y Schiraldi (2001) realizan en Washington un estudio con 100 personas (mujeres, hombres y transexuales) que ejercen en la calle; los resultados son los siguientes: más del 42% de la población cumplían los criterios para el diagnóstico del TEPT; las necesidades detectadas están relacionadas principalmente con la violencia física y sexual y el tratamiento de las adicciones. Un estudio similar se realiza por Roxburgh, Degenhard, T. y Copeland (2006) en Sídney (Australia). Se recogieron datos de 72 mujeres que ejercen en la calle, a través de entrevistas estructuradas; los resultados son los siguientes: todas menos una de las mujeres entrevistadas informaron haber experimentado abusos sexuales en la primera infancia y violencia física o sexual en edad adulta. Menos de la mitad de las mujeres reunieron los criterios DSM-IV para el trastorno de estrés postraumático y aproximadamente un tercio tenía actualmente síntomas del TEPT. La depresión y la dependencia de drogas también fueron altamente prevalentes; la dependencia de cocaína, en particular, se asoció con tasas elevadas de comportamientos sexuales de riesgo.

Dentro de los estudios del TEPT existen investigaciones relacionadas con el grupo de personas que son víctimas de trata. Por ejemplo, en Israel, Chudákov, Ilan, Belmaker y Cwikel (2002) realizan un estudio con 55 mujeres a las que se les aplica el cuestionario Farley para la detección del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión. El 82% de las mujeres habían llegado ilegalmente y habían sido "víctimas de trata". Todas menos 2 se dedican voluntariamente al trabajo sexual. El 17% cumplieron con los criterios para el TEPT, y el 19% de probabilidades de sufrir depresión. Relacionado con el tráfico de mujeres y víctimas de la trata está el estudio reciente de Zimmerman et al. (2008); los autores analizan la Salud de las mujeres que ingresan en los servicios de atención a mujeres en Europa. Se entrevistó a 192 mujeres que ejercen



la prostitución. La mayoría habían sufrido la violencia física o sexual (95%), y habían sufrido abusos en materia de tráfico (59%). Esto requiere una atención psicológica inmediata y después un seguimiento hasta la total recuperación de los síntomas. Farley, Lynne y Cotton (2005) realizan un estudio con 100 mujeres que ejercen en Vancouver, Canadá. Se halla una prevalencia extremadamente alta de violencia de por vida y el trastorno de estrés postraumático (TEPT). El 82% tenía antecedentes de abuso sexual infantil; ejercido por un promedio de cuatro personas. El 72% había sufrido maltrato físico infantil, el 90% había sufrido violencia física en la prostitución; el 78% había sido violada en la prostitución; el 72% cumplía los criterios DSM-IV para el TEPT. El 95% o dijo que quería abandonar la prostitución; el 86% tenía problemas de vivienda. El 82% tenía necesidades relacionadas con el tratamiento para las adicciones de drogas o alcohol.

### **3.2.3.2. Salud Mental de las mujeres que ejercen**

Los problemas emocionales en las vidas de las mujeres que ejercen la prostitución son menos visibles y por lo tanto menos estudiados; los estudios se centran más en los aspectos sensacionalistas (violencia, tráfico de mujeres, enfermedades, problemas de Salud, delincuencia, etc.) que en aspectos relacionados con el bienestar de su vida emocional (Jackson, Bennett y Sowinski, 2007, p. 267).

Romans, Potter, Martin y Herbison (2001) comparan la Salud mental y física, las agresiones y las redes sociales de las mujeres que ejercen en Nueva Zelanda con una muestra de control (población normal). La muestra está compuesta por 29 mujeres que ejercen en diferentes modalidades. Se les aplicó el Cuestionario de Salud General (GHQ-28) y otros sobre abusos sexuales y autoestima. Los resultados son los siguientes: no hubo diferencias en la Salud mental en el GHQ-28 o en la autoestima entre los dos grupos. No hubo diferencias en la evaluación de su Salud física o la calidad de sus redes sociales. Sin embargo, las mujeres que ejercen se casan en menor medida y están más expuestas a abusos físicos y sexuales; también es el grupo que fuma más o bebe en exceso. En el GHQ-28 la puntuación media para el grupo de mujeres que ejerce fue de 5,3, cuya diferencia no es estadísticamente significativa con el grupo de control (3,5). Las conclusiones para estos autores son las siguientes: no se encontraron pruebas de que la prostitución (per se) esté ligada a un aumento de la morbilidad psiquiátrica, aunque puede haber grupos de mujeres con problemas específicos, al igual que en la población normal; la mayoría de las mujeres que ejercen (90%) se sienten bien, al igual que el grupo de control; el 90% de las mujeres que

ejercen reconocían que su autoestima había aumentado en los últimos 5 años. En general, los datos no proporcionan ninguna prueba convincente de que las mujeres que ejercen la prostitución tengan más problemas de Salud física o Psicológica, baja autoestima o alteración de las relaciones sociales que la población general; a pesar de los problemas personales derivados del ejercicio (más riesgos de sufrir agresiones físicas, abusos sexuales, el estigma, etc.) estas mujeres tienen relaciones adecuadas con sus parejas, amigos y compañeras.

Boyle et al. (1997) analizan la prevalencia de los trastornos psicológicos en una muestra de 171 mujeres que ejercen en Queensland. Se halló que el 28% estaban por encima del umbral de la morbilidad psiquiátrica leve medida en la escala GHQ-28, un porcentaje que no es sensiblemente diferente a las mujeres de la población general. Las únicas mujeres que exhibieron problemas de Salud mental, fueron 8; estas mujeres ejercían en la calle y tenían problemas de consumo de drogas intravenosas.

Seib Fischer y Najman (2009) estudian a 247 mujeres que ejercen en tres modalidades en Queensland, Australia. Ejercen en prostíbulos (n = 102), como operadoras de líneas telefónicas (n = 103) y en la prostitución ilegal (n = 42). La edad promedio fue 32 años y la mayoría eran de Australia o Nueva Zelanda. Se les aplicó una entrevista donde las propias mujeres informaban sobre su Salud Física y Psicológica. En general no ha habido diferencias en la Salud física con las mujeres de diferentes sectores industriales. Sin embargo, las mujeres que trabajaban de forma ilegal (de calle) tenían 4 veces más probabilidades de informar problemas de Salud mental, aunque para los autores, esta situación obedece más a la situación particular de cada mujer (problemas de Salud, problemas sociales, etc.) que a la modalidad de ejercicio. Los problemas de Salud mental no fueron detectados en las otras dos modalidades.

En España los estudios publicados más recientes sobre aspectos psicológicos y a través de aplicación de pruebas estandarizadas son los siguientes: Rut Pinedo (2005) aplica los cuestionarios de autoestima "Rosenberg Self-Esteem" (RSE) de Rosenberg (1965) y de depresión y ansiedad SCL-90-R (Derogatis, 1994). La muestra está compuesta por 20 mujeres; 9 de ellas ejercen prostitución en club o piso y 11 en la calle de Valladolid. Los resultados son los siguientes: las puntuaciones en depresión y ansiedad son altas en ambas escalas para ambos grupos. En depresión, para el grupo de mujeres de la calle la media en centiles es de 95.09 y en las mujeres de club o piso es de 93.89. En ansiedad, para el grupo de mujeres de la calle la media en centiles es de

93.91 y en las mujeres de club o piso es de 76.56. No se han encontrado diferencias significativas entre las medias de los dos grupos ni en depresión ni en ansiedad. En cuanto a las puntuaciones en autoestima, se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos de manera que el grupo de mujeres que ejercen en club o piso tienen mejor puntuación en esta escala que las que ejercen en la calle.

La misma autora (Pinedo, 2008) replica el estudio con una muestra más amplia para diversas ciudades de Castilla y León. Los resultados son los siguientes: se hallan puntuaciones altas en la escala de depresión en las personas que ejercen la prostitución; se ha encontrado relación entre haber sido diagnosticada de depresión o ansiedad anteriormente a la prostitución y el tipo de prostitución; las mujeres de la calle han tenido problemas de ansiedad o depresión en mayor medida que las de club. En relación con la ansiedad, la muestra de personas que ejerce en club y piso tiene niveles de ansiedad similares a la población general, excepto el grupo de personas que ejerce en la calle que presentan un nivel de ansiedad superior. En cuanto a la autoestima, se obtienen puntuaciones normales si se comparan con la población general, pero se han encontrado diferencias en función de la modalidad; el grupo de personas que ejerce en la calle presenta un nivel de autoestima medio y las de piso y club presentan un nivel de autoestima más alto.

Ortí (2005) estudia la auto-percepción de la Salud física y mental de las mujeres que ejercen la prostitución en Castellón a través de una entrevista semi-estructurada (para 50 mujeres) y grupos de discusión (11 mujeres). La investigación se centró en el club y en la modalidad de calle. Las enfermedades psíquicas más comunes que son indicadas por las mujeres son las siguientes: trastornos de ansiedad; en concreto se hace referencia a la agorafobia y el trastorno obsesivo compulsivo, concretamente vinculado con la exagerada necesidad de limpieza sobre sus cuerpos que muestran algunas mujeres. También se observan comportamientos catalogados dentro del trastorno post-traumático caracterizado por la re-experimentación de acontecimientos y experiencias del pasado traumáticas y síntomas de aumento de la activación (dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad y dificultad para la concentración). Otro tipo de trastornos detectados son los trastornos de la conducta alimentaria fruto de la desorganización de horarios para realizar las comidas. También se observa en estas mujeres la falta de autoestima y habilidades sociales.

Otro tipo de estudios novedosos del siglo XXI están relacionados con el análisis de las estrategias que emplean las personas que ejercen la prostitución; por un lado, las estrategias para

superar las condiciones adversas que se presentan en la actividad y por otro, las estrategias personales que se emplean para superar el estigma.

Con respecto al primer tipo de estudios, Mcverry y Lindop (2005) realizan una investigación en Midlands, Inglaterra con mujeres que trabajan en casas de masajes. Se aplicaron entrevistas semi-estructuradas para evaluar los riesgos de Salud inherentes a la actividad, las estrategias adoptadas por las mujeres para superarlas y analizar las circunstancias en que estas estrategias podrían estar en peligro. Los resultados son los siguientes: la principal preocupación de las mujeres era la probabilidad o el riesgo de contagio de las infecciones (ITS) a sus parejas sexuales y a sus hijos. Para manejar esta situación se emplean una serie de estrategias: la mayoría usan siempre el condón, aunque algunas estaban dispuestas a ofrecer sexo oral sin protección. La negociación con el cliente para el uso del condón era una de las estrategias más utilizadas para preservar su Salud; esta habilidad se adquiere con la experiencia. Otra estrategia utilizada está relacionada con la capacidad de negarse a realizar servicios con los que no están de acuerdo (sexo anal, sexo peligroso, fantasías relacionados con niños etc.). Las mujeres más expertas suelen educar tanto a sus clientes y sus compañeras más inexpertas o nuevas sobre Salud sexual. En cuanto al bienestar psicológico, el factor más importante era la separación de las dos esferas (su vida privada de la laboral). Para lograr esto, la mujer adopta un enfoque de doble identidad: para el trabajo escoge un nombre ficticio (para “actuar”), y para su vida privada preserva el nombre propio y su personalidad; otras estrategias son ocultar y gestionar con sumo cuidado toda la información relacionada con su vida laboral.

Otro estudio similar al anterior investiga los factores de estrés emocional en la vida. Jackson, Bennett y Sowinski (2007) realizan entrevistas semi-estructuradas a 68 mujeres que ejercen en entornos diferentes. Los autores, y por lo tanto la investigación, parten de la idea de que las vidas de las mujeres que ejercen son muy similares a las vidas de muchas mujeres que trabajan en otras ocupaciones. Los resultados son los siguientes: a las mujeres de este estudio les producía estrés la falta de control sobre las condiciones de trabajo, las relaciones difíciles con otras mujeres en el trabajo, compaginar su vida privada (el hogar, los hijos, la pareja), las relaciones con la familia y los amigos, etc. Aunque existen algunas similitudes, las mujeres que ejercen tienen que hacer frente al estigma y sus consecuencias, el ocultamiento de su actividad, incluso si ya la han abandonado, los peligros y riesgos en cuanto a su Salud y a su seguridad personal, la ilegalidad o no regularización en la que se desarrolla la actividad, etc.

En relación a la tensión emocional o estrés derivado de las condiciones en las que se desarrolla la prostitución, Ine Vanwesenbeeck (2005) analiza el síndrome de Burnout de las mujeres (N = 96) que ejercen en pisos o club en los Países Bajos. Los niveles de desgaste profesional se analizaron en 3 dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y competencia personal). La muestra fue comparada con mujeres enfermeras y con pacientes que tenían problemas psicológicos relacionados con el trabajo. Los resultados son los siguientes: sólo en la dimensión “despersonalización” fue significativamente más alta en las mujeres que ejercen en comparación con las enfermeras, y muy similar al grupo de pacientes que tenían problemas psicológicos relacionados con el trabajo. El 42% de la varianza en la despersonalización se explica por no trabajar de forma autónoma, por las reacciones negativas sociales, las experiencias de violencia, y la falta de control en la interacción con los clientes. La despersonalización puede ser una estrategia para hacer frente a las condiciones negativas y experiencias en el trabajo; sin embargo, estaba relacionada con los indicadores de estrés y agotamiento emocional. Más de la mitad (53%) de la varianza en el agotamiento emocional se explica por la falta de apoyos en el desarrollo del trabajo, las reacciones sociales negativas, el no ser un trabajo que se elige de forma libre, y la falta de motivación o motivación negativa hacia el trabajo. La competencia personal fue mayor entre las mujeres que ejercen que tienen una actitud profesional positiva, que comenzaron el trabajo sexual a una edad relativamente mayor, y que se encuentran bien con el apoyo de sus colegas y con la gestión de la actividad. Se concluye que el desgaste no está tan relacionado con el trabajo sexual en sí, sino con el trabajo sexual en determinadas condiciones, como son las reacciones negativas o el estigma social y las experiencias relacionadas con el estigma (la violencia, la falta de apoyos para la gestión, la falta de identidad como trabajador/a, etc.)

En España también existe un estudio reciente sobre el estrés psicosocial donde la muestra de mujeres que ejercen es comparada con una muestra de control de la población general. En Asturias, Fernández (2004) realiza un estudio sobre el estrés psicosocial en una muestra de 35 mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en club; la muestra es comparada con un grupo de 35 mujeres que trabajan en la hostelería. Ambos grupos están equiparados en la edad, no adicción a drogas por vía intravenosa (UDI) y seroprevalencia (VIH). El intervalo de edad en ambas muestras es de 19 a 44 años. Para evaluar el estrés psicosocial se aplica la escala de Síntomas Somáticos ESS-R (Sandín y Chorot, 1995). Los resultados del estudio son los siguientes: la puntuación media total en la escala para las mujeres inmigrantes es de 53,86. Las inmigrantes se quejan principalmente en las siguientes subescalas y por este orden: Sistema Inmunológico General (IG): fiebre, gripe, cansancio, herpes labial, etc. Sistema Reproductor femenino (RF): molestias de la menstruación,

etc. Gastrointestinal (GI): dolor de estómago, diarreas, vómitos, acidez, etc. Órganos Genitourinarios (GU): molestias y dolores genitales y de la uretra, etc. por otro lado, las mujeres españolas y que se dedican a la hostelería (grupo de control) obtienen una media de 54,63. La diferencia entre ambos grupos no es significativa. En general se aprecia que las mujeres inmigrantes que ejercen y las hosteleras españolas obtienen puntuaciones totales similares. Pero sí hemos encontrado diferencias significativas en ambos grupos en cuanto a las quejas psicósomáticas: el grupo de las mujeres españolas que se dedican a la hostelería obtienen puntuaciones más altas en Muscoesquelético y Piel y Alergia frente a las mujeres inmigrantes que ejercen. Las mujeres inmigrantes que ejercen obtienen puntuaciones más altas en Genitourinario frente al grupo de control. Parece inevitable realizar una asociación entre el tipo de quejas y el tipo de actividad: por un lado, las hosteleras se quejan de dolores de espalda y piernas (por las horas que pasan de pie y en movimiento para atender las mesas y la barra) y de problemas de alergia en la piel por el contacto con productos; por otro lado, las mujeres que ejercen refieren más dolencias y molestias en el aparato Genitourinario, porque es el que está más directamente relacionado con el ejercicio de la prostitución. Ambos grupos se quejan de forma similar de problemas Gastrointestinales (relacionados con los cambios y desarreglos en el horario de comida, turnos de trabajo, etc.).

Las investigaciones existentes sobre prostitución sugieren que la presencia del estigma está profundamente arraigado a nivel social y afecta negativamente al bienestar y a la Calidad de Vida de las personas que ejercen (Bradley, 2007; Jackson, Bennett y Sowinski, 2007; Kong, 2006; Tomura, 2009; Vanwesenbeeck, 2005). Dolores Juliano (2002) distingue dos formas de enfrentarse a la estigmatización. Por un lado, obrar según los valores tradicionales de la sociedad y apoyarse en aquellos factores que acercan a las mujeres a los cánones tradicionalmente admitidos. Desde esta perspectiva, las mujeres que ejercen enfatizarían el hecho de tener pareja estable y ser buena madre de sus hijos. Por otro lado, preservar la autoestima mediante la negación del modelo tradicional patriarcal y autoafirmarse en aspectos como la autonomía, los conocimientos de la vida, la independencia económica que permite el ejercicio de la prostitución, etc. En relación al estigma, también hemos hallado estudios específicos muy recientes.

Por ejemplo, Bradley (2007) halló que las mujeres experimentaban un nivel de estrés emocional alto en sus relaciones románticas, porque sus parejas no les proporcionan el apoyo emocional suficiente en relación al estigma.

Tomura (2009), en relación al estigma y a la prostitución, analiza las siguientes categorías: la toma de conciencia de estar en una actividad que la gente considera como algo malo; etiquetas negativas que aplican las personas que descubren su actividad; ocultar y mentir acerca de su identidad como prostituta, para evitar ser etiquetados negativamente; ocultar y mentir con otra identidad lo que provoca estrés, ansiedad y agotamiento; deseos de ocultar y mentir acerca de su trabajo; cuestionar y oponerse a la estigmatización de la prostitución; manejar el estigma resaltando las ventajas del ejercicio y desvalorizando los inconvenientes; la compasión hacia otras personas que sufren estigma; la capacidad de recuperación del impacto del estigma.

Koken, Bimbi, Parsons, y Halkitis (2009) identifican las estrategias que se usan para manejar el estigma; la muestra son 30 mujeres que ejercen en la modalidad de Internet en Alemania. Los resultados son los siguientes: las mujeres de color eran más propensas que las mujeres blancas a sufrir agotamiento o desgaste emocional, ya que tenían que hacer frente, además del estigma asociado a la prostitución, a las actitudes racistas o discriminatorias. La mayoría de las mujeres manejaban el estigma ocultando su trabajo a la pareja, amigos, familia, etc.; esto produce un mayor sentimiento de soledad y aislamiento social que puede repercutir en su Salud Psicológica; las mujeres que tenían un menor desgaste tenían una mayor satisfacción laboral y mayor eficacia para hacer frente al estrés en el trabajo.

Otra investigación que analiza las consecuencias del estigma está realizada con mujeres que ejercen en China. Hong et al. (2010) realizan un estudio transversal con 310 mujeres. Los datos indican que la mayoría de las mujeres se sienten estigmatizadas; como consecuencia de este hecho, el 30% tiene síntomas depresivos elevados, el 18% tenía ideas de suicidio, y el 9% habían tenido intentos de suicidio en los últimos 6 meses. La autopercepción de estigma (nivel alto) correlaciona de forma significativa con problemas de Salud mental.

En España apenas existen estudios que analicen de forma específica el estigma asociado a la prostitución; tan solo hemos encontrado una investigación realizada por el equipo de Investigación Sociológica (EDIS, 2004) que analiza el perfil de las personas pertenecientes al colectivo de exclusión social, entre ellas, las personas que ejercen la prostitución, y la percepción de las mujeres sobre su realidad y situación. A la muestra se le aplica una entrevista estructurada para analizar las variables: Estigma, Culpabilidad y Autoestima. Las conclusiones (para el total de la muestra de mujeres excluidas) son las siguientes: *“A pesar de la exclusión y la discriminación, las mujeres superan el estigma y tienen la esperanza de poder superar su situación actual. Tienen una alta autoestima que*

les permite valorarse a sí mismas, aceptándose tal como son y sintiéndose merecedoras de respeto, atención y afecto, aunque aseguran sentirse muy sensibles. Tienen un alto sentimiento de culpabilidad sobre su situación actual. No sólo más de la mitad de ellas se sienten responsables de su situación, sino que, además, piensan que han decepcionado a su gente más cercana y meditan sobre errores pasados”. (EDIS, 2004, p. 180). Si se analizan los resultados en función de la modalidad de exclusión, los resultados son los siguientes: las mujeres que en mayor medida sienten el estigma son las que ejercen la prostitución, por delante de las sin techo. Por el contrario, las drogodependientes son las que se ven menos afectadas por esta realidad. Todas muestran un alto nivel de autoestima, pero este es aún mayor en aquellas que se ven más afectadas por el estigma de su situación; es decir, las que ejercen la prostitución y las sin techo. En cuanto a la culpabilidad, este sentimiento se agrava aún más en las drogodependientes y, en menor medida, en las ex reclusas. Por el contrario, las mujeres sin techo y las que ejercen la prostitución no tienen un sentimiento de culpabilidad tan intenso. Todas estas variables obtuvieron puntuaciones diferentes en el grupo de mujeres sin exclusión o normalizadas: puntuaciones más altas en autoestima y puntuaciones más bajas en estigma y culpabilidad.

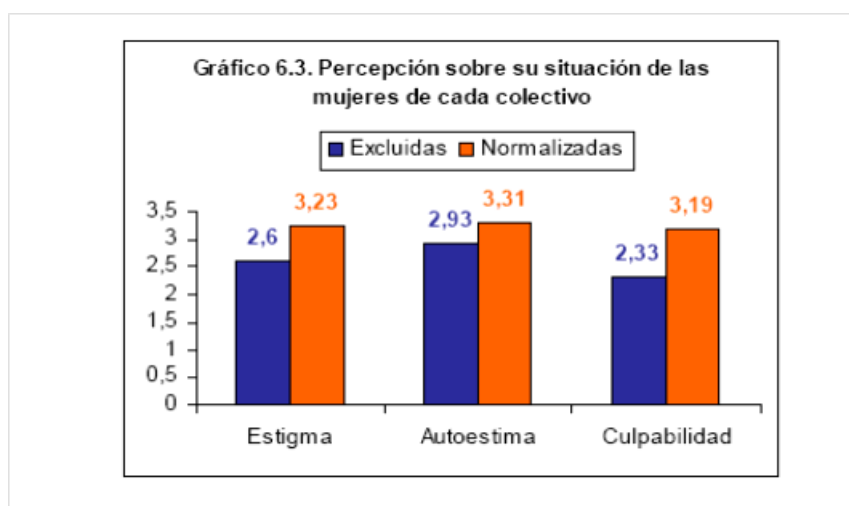


Figura 11: Diferencias entre las mujeres normalizadas y las mujeres en exclusión en las variables Estigma, Autoestima y Culpabilidad. (EDIS, 2004, p. 184).



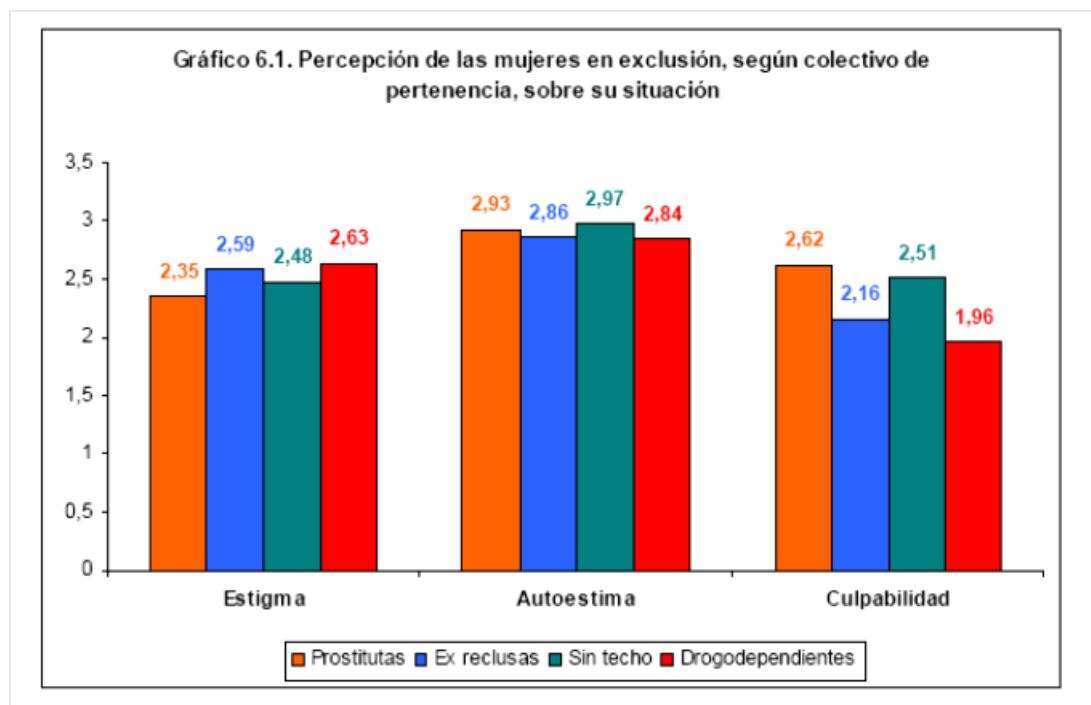


Figura 12: Diferencias en las variables Estigma, Autoestima y Culpabilidad en función de la modalidad de exclusión. (EDIS, 2004, p. 180)

### 3.2.4. Estudios sobre Salud Social

Las mujeres que ejercen la prostitución sufren tensiones en el entorno de la actividad porque están expuestas a riesgos y situaciones que provocan estrés (vigilancia continua para evitar clientes potencialmente violentos, tensión constante en las relaciones con los clientes o las personas del entorno, estrés si no estás en situación regular, etc.); de este modo, para muchas personas que ejercen la prostitución la esfera privada es un lugar de refugio y seguridad, y el espacio para liberar las tensiones que se producen fuera de casa; sin embargo, esto no siempre se produce: la vida familiar y las relaciones de pareja también tienen sus situaciones estresantes y las relaciones con familiares y amigos están condicionadas por el estigma (Jackson, Bennett y Sowinski, 2007, p. 264). Todos estos factores inciden en la Calidad de Vida y Salud Social de las mujeres que ejercen la prostitución. Partimos del hecho de que las personas que ejercen tienen relaciones sociales y familiares al igual que la población normal, pero no podemos obviar que pueden estar condicionadas por factores que están directamente relacionados con la prostitución.

Los estudios específicos sobre este tema son muy escasos en la literatura científica más reciente. A nivel internacional se han encontrado estudios recientes sobre relaciones sociales y familiares pero siempre asociados a otros términos como el VIH, el SIDA, consumo de drogas, alcoholismo, y generalmente, estudios realizados en poblaciones no occidentales (la India, Asia, África...); una vez seleccionados los criterios de no inclusión de términos, hemos hallado estudios recientes y muy novedosos que analizan las dificultades en el cuidado y crianza de los hijos de las mujeres que ejercen la prostitución.

Sloss y Harper (2004) realizan un estudio cualitativo con 16 madres que se encuentran actualmente involucrados en la prostitución de calle en una ciudad del medio oeste de los Estados Unidos. Estas madres, a través de grupos de discusión y entrevistas semiestructuradas, analizan los factores que condicionan la crianza de los hijos, desde el embarazo hasta que ingresan en la escuela; las variables más discutidas fueron las siguientes: el pudor de tener relaciones con clientes durante el embarazo, el pudor de estar en la calle ejerciendo en estado avanzado de gestación, la ansiedad que genera el criar a un hijo mientras ejercen (miedos, temores, riesgos, inseguridad percibida), la falta de apoyos y responsabilidades en la crianza, los problemas que surgen en la crianza afectan a su vida laboral. Si a las madres se les había separado de sus hijos solían consumir drogas y por lo tanto recurrir más veces a la prostitución para obtener dinero.

Bletzer (2005) realiza un estudio similar pero en las zona rural del sudeste de Estados Unidos; el autor explora la crianza de los hijos de las mujeres que ejercen la prostitución y que son consumidoras de drogas. Las entrevistas se llevaron a cabo con 38 mujeres. Los resultados sugieren que la mayoría de las mujeres empezaron a consumir las sustancias antes de comenzar en la prostitución. La mayoría de los hijos fueron separados de sus madres. No obstante, las madres mostraron siempre preocupación e interés por el bienestar de sus hijos, y realizaban visitas frecuentes. Su preocupación principal era asegurar que los hijos estuvieran criados y educados de la mejor forma posible.

En España, el estudio más amplio sobre las relaciones familiares y sociales en personas que ejercen la prostitución está realizado por el Equipo de Investigación Sociológica EDIS (2004). Se analizan tres factores: las relaciones familiares, las relaciones sociales y las relaciones con los compañeros de vida o de profesión. Con respecto a las relaciones familiares, las mujeres que ejercen la prostitución son las que mantienen, en general, mejores relaciones, frente a los otros

grupos de exclusión, pero obtienen puntuaciones más bajas si se las compara con el grupo de mujeres normalizadas. Los resultados se reflejan en la tabla 16 y 17.

**Tabla 4.2. Calidad de las relaciones familiares, según colectivo**

Tipo de relaciones	Colectivo				Total mujeres en exclusión
	Prostitutas	Ex reclusas	Sin techo	Drogodependientes	
1. Muy malas	13.2	20.6	21.6	15.8	15.0
2. Malas	19.8	23.8	25.5	28.7	23.0
3. Buenas	38.0	39.7	34.3	45.0	42.3
4. Muy buenas	29.1	15.9	18.5	10.5	19.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Valor medio	2,83	2,51	2,50	2,50	2,67

Tabla 16: Calidad de las relaciones familiares según el colectivo de exclusión. Fuente: Realidad social de las mujeres sin techo, prostitutas, ex reclusas y drogodependientes en España (EDIS, 2004, p. 160).

**Tabla 4.3. ¿Cómo son las relaciones con tu familia?, según colectivo**

Calidad de las relaciones	Excluidas	Normalizadas
1. Muy malas, no existen	15.0	2.0
2. Malas	23.0	6.9
3. Buenas	42.3	46.3
4. Muy buenas	19.7	44.8
Total	100.0	100.0
Valor medio (escala de 1 a 4)	2,67	3,34

Tabla 17: Comparación de los grupos en Calidad de las relaciones familiares. (EDIS, 2004, p. 161).

En cuanto a las relaciones de amistad, son las mujeres que ejercen la prostitución las que mantienen, en general, mejores relaciones; si se comparan con el grupo de mujeres normalizadas se constatan puntuaciones muy similares (tablas 18 y 19).

**Tabla 4.5. Calidad de las relaciones de amistad, según segmento**

Tipo de relaciones	Segmento				Total mujeres en exclusión
	Prostitutas	Ex reclusas	Sin techo	Drogodependientes	
1. Muy malas	1.3	1.7	3.0	2.8	1.5
2. Malas	6.3	13.1	9.1	11.2	7.7
3. Buenas	73.2	70.9	68.6	71.0	72.3
4. Muy buenas	19.2	14.3	19.3	15.0	18.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Valor medio	3,10	2,98	3,04	2,98	3,08

Tabla 18: Calidad de las relaciones de amistad según el colectivo de exclusión. (EDIS, 2004, p. 163).

**Tabla 4.6. ¿Cómo son las relaciones con tus amigos?**

Calidad de las relaciones	Excluidas	Normalizadas
1. Muy malas, no existen	1.5	0.3
2. Malas	7.7	1.9
3. Buenas	72.3	52.3
4. Muy buenas	18.5	45.6
Total	100.0	100.0
Valor medio (escala de 1 a 4)	3,08	3,43

Tabla 19: Comparación de los grupos en Calidad de las relaciones de amistad. (EDIS, 2004, p. 164).

En el caso de las relaciones con los compañeros de profesión o de vida, las mujeres que ejercen la prostitución son las que muestran una menor satisfacción en las relaciones junto a las mujeres sin techo. En ambos casos, las proporciones de las que aseguran tener malas relaciones en este ámbito se sitúan en torno al 21% (algo más de una de cada cinco). Si se las compara con el grupo de mujeres normalizadas se constata que las mujeres que ejercen la prostitución tienen más problemas en las relaciones que surgen en su entorno (tabla 20 y 21).

**Tabla 4.8. Calidad de las relaciones de amistad, según segmento**

Tipo de relaciones	Segmento				Total mujeres en exclusión
	Prostitutas	Ex reclusas	Sin techo	Drogodependientes	
1. Muy malas	1.2	2.2	1.7	2.8	1.6
2. Malas	20.2	13.7	19.5	15.0	14.3
3. Buenas	68.4	69.4	61.6	66.8	67.5
4. Muy buenas	10.1	14.8	17.1	15.4	16.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Valor medio	2,87	2,97	2,94	2,95	2,99

Tabla 20: Calidad de las relaciones con compañeros de vida o profesión según el colectivo de exclusión. (EDIS, 2004, p. 166).

**Tabla 4.9. ¿Cómo son las relaciones con tus compañeros?**

Calidad de las relaciones	Excluidas	Normalizadas
1. Muy malas, no existen	1.6	0.9
2. Malas	14.3	3.0
3. Buenas	67.5	54.0
4. Muy buenas	16.6	42.1
Total	100.0	100.0
Valor medio (escala de 1 a 4)	2,99	3,37

Tabla 21: Comparación de los grupos en Calidad de las relaciones con compañeros de vida o profesión. (EDIS, 2004, p. 167).

En el estudio de Castilla y León, Rut Pinedo (2008, p. 234) analiza las variables relacionadas con la Salud Social a través de una entrevista semi-estructurada y a través de la escala breve “Social and Emocional Loneliness Scale for Adults- Short” (SELSA-S) (DiTomaso, Brannen y Best, 2004). Los resultados y las conclusiones más importantes son las siguientes: las personas que ejercen tienen hijos (58.2%) siendo solteras o sin pareja; esto implica cargas económicas familiares y la responsabilidad única en la crianza de los hijos; los hijos de las mujeres que ejercen en la calle viven fundamentalmente con sus abuelos, aunque existe una proporción significativamente más alta que en los otros grupos que viven en los servicios sociales y una proporción significativamente menor que en los otros tipos de prostitución que viven con el padre y la madre. Las personas que ejercen prostitución en la calle tienen en mayor medida a sus familias en su misma ciudad o en otra ciudad española. Mientras que las personas que ejercen en piso y en club tienen a sus familias en mayor medida en otro país, aunque esto sólo en el primer caso es significativo. Las extranjeras tenían a sus familiares en mayor medida en otro país, en comparación con las españolas. Como era de esperar, las mujeres españolas tienen a sus familiares más cerca que las extranjeras, las cuales suelen tener a sus familiares en sus países de origen. En cuanto a la satisfacción en las relaciones, la muestra entrevistada, en general, está poco satisfecha con sus relaciones familiares y sociales. En la escala de Soledad Emocional, se halla que la muestra siente mayor soledad emocional familiar, mayor soledad de pareja y mayor soledad social que la población general. Las personas que ejercen prostitución sienten altos niveles de soledad, tanto emocional como social, aunque los tres tipos de prostitución sienten en mayor medida soledad de pareja o romántica y en menor medida soledad familiar. En cuanto a sus relaciones sociales se han encontrado graves carencias: un 52% afirma no tener ninguna amistad dentro del mundo de la prostitución, entorno al 50% de las personas de club y piso tienen a sus amistades en sus países de origen, y un 50% de las españolas afirman que sus amistades más íntimas han muerto por problemas de consumo o por graves problemas de salud. Estos datos varían en función de la modalidad; las personas que ejercen en la calle tienen peores relaciones sociales y familiares que las que ejercen en piso o club.

En Asturias, (Fernández, 2004, p. 74) contamos con los datos socio-familiares de las mujeres que ejercen en club. Los resultados son los siguientes: tienen hijos el 69,6%, con una media de 1,26. Los hijos residen junto con la familia en el país de origen a cargo de las abuelas o tías. Las que más hijos tienen son las latinoamericanas; las que tienen 3 ó más hijos son el 31% de las Dominicanas y un 25% de las Colombianas. Las mujeres son cabeza de familia monoparentales, tiene a su cargo una media de 4-5 personas. El dinero que se envía a la familia nuclear cubre necesidades básicas, como la alimentación, la educación de los hijos, la vivienda, o la compra de una

casa. En otros casos sirve para atender necesidades sanitarias, como operaciones o tratamientos médicos; o incluso, la compra de un negocio para la familia, con las expectativas de volver al país de origen y trabajar allí. Estas cargas familiares suponen en algunos casos una presión importante, por la necesidad de mantener el status social y económico adquirido. Las mujeres tienen dificultades para la reagrupación familiar por varias razones: falta de “papeles” en regla y por lo tanto miedo a ser retenidas en su país; si traen a los hijos no tienen posibilidades de atenderlos, dada las características de la actividad que ejercen (nocturnidad, estigma social, etc.); las que desean traer a sus hijos, planifican previamente el casamiento o la unión con un español, para arreglar los “papeles”, con la posibilidad de dejar el trabajo actual y atender a sus hijos. En la primera consulta dicen tener pareja el 57,4%; en general, suelen ser españoles que han conocido en el lugar de trabajo; en algunos casos se producen uniones reales y en otros son matrimonios de conveniencia para obtener la nacionalidad española; algunas de las entrevistadas señalan que el casamiento de conveniencia se realiza mediante pago previo, entre 2000-3000 euros. Viven en piso alquilado, después de haber estado previamente en el club. Una vez que llevan tiempo suficiente en el país y conocen la ciudad, y han establecido contactos más amplios con amistades y/o familiares del mismo país, suelen optar por alquilar un piso. El precio medio de un alquiler en Avilés es de unos 400 euros. El 68,57% viven con compañeras del club; El 17,14% con la pareja; el resto con amigos o familiares; tan sólo el 2,9% vive sola. En general, se observa una tendencia a la búsqueda de apoyos de redes sociales. No hay que olvidar que la convivencia con otras compañeras o familiares en pisos alquilados también reporta beneficios, ya que el pago y los gastos del alquiler se reparten entre todos y permite un mayor ahorro y el envío de dinero a la familia. La autora concluye: *“Todos estos factores psicosociales inherentes a la Inmigración y a la Prostitución pueden constituir situaciones vitales estresantes que inciden de forma negativa en su Salud y Calidad de Vida.”*(Fernández, 2004, p. 112).

### **3.2.5. Estudios sobre Salud Ambiental**

En este apartado vamos a analizar los estudios más recientes sobre prostitución y Calidad de Vida y Salud Ambiental.

El estudio más específico sobre este tema se ha realizado en Hong Kong. Holroyd, Wong, Gray y Ling (2008) realizan un estudio transversal durante un período de 5 meses. Se aplicó a una muestra de 89 mujeres que ejercen en la calle una entrevista y la escala validada en chino de Calidad de Vida (OMS, 1996). La muestra fue comparada con una muestra de

mujeres que no ejercen de la población general. En este artículo los autores se centran en el dominio de la Salud Ambiental. Los resultados son los siguientes: las mujeres que ejercen obtienen puntuaciones más bajas en Salud Ambiental que el grupo normalizado; la mayoría se sienten presionadas por las necesidades económicas, no tenían oportunidad para participar en actividades de ocio, se sienten inseguras y en constante riesgo de sufrir agresiones, sufrían acoso por parte de la policía por la falta de regularidad de la actividad, trabajaban durante todo el día muchas horas; la mayoría tienen deficiencias en cuanto a la calidad de su vivienda.

Otros estudios analizan variables macro-ambientales que inciden en la Salud de las mujeres como son la organización de la actividad, la legislación en material de prostitución, etc. Por ejemplo, para los autores Bellis et al. (2007) la prostitución de calle tiene una serie de consecuencias o factores asociados como son la drogadicción, la violencia y los comportamientos antisociales. Para paliar estos efectos los autores proponen modificaciones del ambiente o del entorno de la prostitución; en este caso, sugieren el establecimiento de una zona controlada, donde las personas que ejercen puedan tener una serie de reglas establecidas y puedan tener acceso a los servicios de Salud. Para hacer un estudio previo hicieron una consulta a 50 personas que ejercen, a 50 personas que trabajan en empresas o establecimientos de la zona, a 179 residentes, y 789 personas de la zona (público). Todos los grupos consideran que una zona mejoraría la seguridad de las personas que ejercen y reduciría la prostitución en otros lugares. Las personas que ejercen (96%) decidieron ejercer en esta zona (en un barrio de Liverpool, Reino Unido). Sin embargo, hubo más problemas con la implantación de negocios, ya que los empresarios por temor y por seguridad personal evitaban la zona.

Para favorecer cambios de actitudes sobre la prevención y la reducción de riesgos Sweat et al. (2006) sugieren cambios en la organización del ejercicio (regulación) e intervenciones ambientales orientadas a modificar el entorno físico y social. Los autores analizan en su estudio dos ciudades de la República Dominicana donde se han propuesto estos cambios ambientales. En Santo Domingo la intervención se centró en cambios en el ambiente (movilización de la comunidad, medios de promoción, la comunicación interpersonal) y en Puerto Plata se centró en factores ambientales y estructurales (sanciones a los propietarios de establecimiento que no seguían las medidas propuestas en la intervención). Los datos para el análisis fueron recogidos en cuestionarios estructurados que se aplicaron tanto a las mujeres que ejercer como a los clientes de 41 establecimientos; los cuestionarios se aplicaron dos veces (antes y después de la intervención); la efectividad se midió en función de los costes y gastos en sanidad. Ambos modelos de

intervención resultaron efectivos; sin embargo, la intervención que incluye la regulación política fue más eficaz.

Unas conclusiones muy similares son presentadas por Shannon et al. (2008). Estos autores realizan un estudio en Canadá sobre la reducción de daños a través de un proyecto de investigación-acción, donde se incluyen una serie de grupos de discusiones con un total de 46 mujeres y con la participación de los clientes y las parejas. El análisis de los relatos y vivencias diarias de las mujeres pone de relieve la necesidad urgente de una estrategia renovada de prevención del VIH que se mueve más allá de un enfoque a nivel exclusivamente individual; son necesarias las intervenciones estructurales y ambientales, incluidas las reformas legales, que facilitan "ambientes propicios" para la reducción de riesgos.

Shannon et al. (2009) analizan los factores ambientales y estructurales que inciden en la negociación del uso condón con los clientes. Los resultados del análisis multivariado (variable ser forzada a tener relaciones sexuales sin protección) se asocian con las siguientes variables: restricción de zonas para el ejercicio, ejercer lejos de las calles principales para evitar la policía, robar o pedir drogas, sufrir violencia por parte del cliente y dar servicio a clientes en los coches o en los espacios públicos. Las conclusiones del estudio son las siguientes: dada la creciente preocupación global que rodea la Salud y la seguridad de las mujeres que ejercen, urge realizar esfuerzos de prevención (ambientales y estructurales) que faciliten la capacidad para negociar el uso del preservativo con los clientes, el poder ejercer en ambientes más seguros y tipificar como delito el abuso de los clientes y de las personas del entorno (ambiente) de la prostitución.

Free, Roberts y McGuire (2007) analizan las variables ambientales que inciden en la prevención de riesgos. Se realizaron 22 entrevistas a mujeres que ejercen en Londres y Ámsterdam. Los resultados son los siguientes: el uso eficaz del condón depende de la selección previa que se hace del cliente, de las habilidades de comunicación y de las habilidades relacionadas con el ejercicio de la prostitución, etc. Con respecto a los factores ambientales, las mujeres informan que la forma en que se organiza o estructura el encuentro, las reglas que se establecen en el local o el tener dispositivos de seguridad favorecen la reducción de riesgos en el ejercicio.

En cuanto a la legislación y la regularización de la actividad y sus consecuencias también se han encontrado estudios recientes. En estas investigaciones se analizan principalmente las variables del entorno (ambiente) y su incidencia en la Salud de las personas que ejercen. Por ejemplo, Plumridge y Abel (2000) evalúan las diferencias en las circunstancias personales, la exposición al riesgo y la toma de riesgos entre las personas que ejercen en diferentes sectores de la industria del



sexo. Es un estudio transversal con 303 mujeres que ejercen en Christchurch, Nueva Zelanda. Los resultados son los siguientes: no se confirma la hipótesis de que las mujeres que ejercen en la calle sean más jóvenes, hayan comenzado a ejercer en edades más tempranas o que tengan menos nivel educativo que las que ejercen en los club o los pisos. Sin embargo, sí se confirma que las mujeres que ejercen en la calle sufren más violencia extrema o que consumen más drogas que los otros dos grupos. En ambos grupos se constata el uso del condón y medidas de protección eficaces. Por lo tanto, para estos autores, la legislación y las políticas de intervención deberían promover diferentes medidas, en función de las necesidades y de las problemáticas ambientales de cada sector de la industria del sexo.

Para Seib, Dunne, Fischer y Najman (2010) los cambios políticos en materia de prostitución pueden afectar a la Salud de las mujeres que ejercen. Por este motivo los autores realizan un estudio transversal en Queensland, Australia, sobre los cambios en las prácticas de los profesionales del sexo antes y después de la legalización de la prostitución; se cuenta con dos muestras comparables: una muestra del año 1991 (N = 200 mujeres que ejercen, de entre 16-46 años) y otra muestra del 2003 (n = 247 mujeres que ejercen, de entre 18-57 años) y clientes (N = 161; de entre 19-72 años). Los resultados son los siguientes: la legalización del trabajo sexual coincide con un aumento sustancial de la diversidad en la oferta y demanda de servicios sexuales, pero en los entornos regulados, los clientes que prefieren las prácticas de alto riesgo no pueden elegirlos libremente porque no están a su disposición o no están permitidas. Por lo tanto, para los autores, la regularización del ejercicio disminuye los riesgos (en materia de Salud y de seguridad personal) de las mujeres.

Dado que la prostitución es un delito penal en San Francisco, EE.UU, los autores Lutnick y Cohan (2009) estudian la Evaluación Ambiental para analizar las opiniones, preferencias y experiencias de las mujeres que ejercen respecto al estatuto jurídico de la prostitución y el impacto de la legislación penal en su vida laboral. En el estudio participaron 40 mujeres en la fase cualitativa y 247 mujeres en la fase cuantitativa. En general, las mujeres de este estudio prefieren un híbrido entre la legalización y la despenalización. La mayoría tenían preferencia por la eliminación de leyes que criminalizan el trabajo sexual con el fin de facilitar un entorno social y político donde las mujeres tengan derechos y asistencia en caso de ser víctimas de violencia.

Por otra parte, en Canadá, Shannon et al. (2009) analizan la prevalencia de la violencia de género contra las mujeres que ejercen en un ambiente de penalización. Es un estudio prospectivo observacional realizado en Vancouver con mujeres y transexuales que ejercen en la calle. Los análisis se basaron en 237 personas. Los resultados son los siguientes: un 57% había sufrido

violencia durante los 18 meses de seguimiento. Los resultados muestran una gran prevalencia de la violencia de género contra las personas que ejercen. Los factores estructurales y ambientales relacionados con la criminalización, la falta de vivienda y la poca disponibilidad o acceso al tratamiento de las drogas está relacionado directamente con violencia de género que sufren las personas que ejercen en la calle.

En Nevada, EEUU, los club están legalizados. Para los autores Brents y Hausbeck\_(2005) los debates sobre las políticas de prostitución en los Estados Unidos se han centrado durante mucho tiempo en los temas relacionados con la seguridad personal y los riesgos para la Salud. Estos discursos, inevitablemente, asocian la violencia a la prostitución, aunque la relación entre los dos conceptos sea escasa y solo se da en determinadas situaciones. Los autores estudian la violencia en los club legalizados en Nevada a través de entrevistas con las personas que ejercen, los gerentes y los encargados de formular políticas. Los discursos se refieren a tres tipos de violencia: la violencia interpersonal contra las prostitutas, la violencia contra el orden social, y el contagio de las enfermedades de transmisión sexual. Los autores concluyen diciendo que la legalización de la prostitución y la regulación oficial de los prostíbulos disminuye el riesgo de estos tres tipos de violencia sistemática.

Un estudio realizado en Serbia analiza tanto los factores micro- ambientales como los factores más globales que inciden en la calidad de Vida de las personas que ejercen en la calle. Rhodes, Simic, Baros, Platt y Zikic (2008) exploran las percepciones de las mujeres y travestis que ejercen en relación a los riesgos en el entorno de la prostitución en Belgrado y Pancevo. Se entrevistaron 31 personas. Los resultados son los siguientes: la violencia, incluida la violencia policial, es percibida como la principal preocupación en relación con los riesgos del ambiente. La violencia está vinculada a las relaciones sexuales sin protección y la escasa capacidad para evitar el riesgo. Los participantes informaron de que las relaciones sexuales forzadas, siempre se denunciaban a la policía a cambio de evitar la propia detención, arresto o multa. También se informa sobre violencia física y sexual y los abusos de la autoridad policial. En conclusión, existen múltiples formas de violencia (física, emocional, social) en la prostitución de calle, vinculada tanto a la policía como a los clientes. Las intervenciones requieren no sólo fomentar micro-ambientes más seguro del entorno de la prostitución, sino también cambios ambientales globales que inciden en el bienestar, como son la justicia penal y otras instituciones sociales.

Conclusiones muy similares son aportadas por Sanders y Campbell (2007); los autores exploran la violencia asociada a la prostitución y los resultados son las siguientes: hay diferencias entre la violencia sufrida por las mujeres que ejercen en la calle (exterior) y las que ejercen en

pisos o club (interior). Las que ejercen en la calle están más expuestas a todo tipo de violencia en mayor medida que las de interior. Por otro lado, las estrategias de protección de las mujeres de interior están relacionadas con la seguridad y el orden en el establecimiento. Para los autores estas medidas deberían de extenderse y aplicarse en la prostitución de calle. Por último, el diseño de programas que reducen la vulnerabilidad en el entorno de la prostitución, no sólo deben incluir cambios físicos y de organización, sino el desarrollo de políticas que promuevan los derechos humanos y la ciudadanía para las personas que ejercen la prostitución

Sanders (2004) analiza los riesgos percibidos en el ambiente de la prostitución a través de un estudio etnográfico de 10 meses de duración en una ciudad británica de gran tamaño. Las conclusiones del estudio son las siguientes: las personas que ejercen la prostitución están en un continuo de riesgos de diversos tipos, grados e intensidades; dan prioridad a ciertos tipos de peligros en función de las consecuencias percibidas y el grado de control. Aunque los temas relacionados con la Salud son una preocupación real para muchas mujeres, a esta categoría de riesgo se le asigna una baja prioridad en comparación con otros riesgos. El riesgo de la violencia es considerado mayor debido a la prevalencia de los incidentes en el ambiente de la prostitución. Sin embargo, dada la detección y protección de las estrategias para minimizar la violencia, a este tipo de daño no se le presta el mismo nivel de atención que a los riesgos emocionales.

En España no existen estudios específicos sobre Salud Ambiental, pero sí se encuentran estudios recientes donde se analizan los factores ambientales que inciden en la Salud de las mujeres.

EDIS (2004) analiza las agresiones, los sucesos vitales y otras variables ambientales. Los resultados son los siguientes: las mujeres que ejercen tienen, por lo general, vivienda adecuada, más que los otros grupos de exclusión, la mayoría viven en viviendas normalizadas; sin embargo se encuentran diferencias si son comparadas con el grupo normalizado. Las mujeres que ejercen la prostitución viven en viviendas normales en menor medida que la población general. Estas mismas conclusiones son obtenidas en cuanto a la calidad de la vivienda (tablas 22, 23, 24 y 25).

Lugar en que vive	Prostitutas
En la calle	5.7
En edificio deshabitado	3.0
En albergues	1.9
En centros de acogida	5.3
En pensiones	21.2
En chabola o infravivienda	6.8
En vivienda normalizada	56.1
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Tabla 22: Tipo de vivienda de las mujeres que ejercen la prostitución. (EDIS, 2004, p. 142).

Lugar en que vive	Excluidas	Normalizadas
En la calle	6.3	--
En edificio deshabitado	3.4	--
En albergues	6.8	--
En centros de acogida	14.6	0.3
En pensiones	9.4	0.3
En chabola o infravivienda	7.3	--
En vivienda normalizada	52.2	99.5
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Tabla 23: Comparación del tipo de vivienda entre el grupo de mujeres excluidas y normalizadas. (EDIS, 2004, p. 143).

Lugar en que vive	Prostitutas
Buen estado	51.8
Regular	31.9
Deteriorada	13.9
En ruina	0.6
Infrahumana	1.8
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Tabla 24: Calidad de la Vivienda de las mujeres que ejercen la prostitución. (EDIS, 2004, p. 144).

Estado de la vivienda	Excluidas	Normalizadas
Buen estado	50.2	72.4
Regular	30.8	20.9
Deteriorada	14.3	6.7
En ruina	1.1	--
Infrahumana	3.5	--
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Tabla 25: Comparación de la Calidad de la vivienda entre el grupo de mujeres excluidas y normalizadas. (EDIS, 2004, p. 145).

En cuanto a los sucesos vitales, entre las mujeres que ejercen la prostitución hay porcentajes muy altos de mujeres que han pasado por episodios de malos tratos psíquicos y físicos, así como por problemas económicos graves en la familia. Con respecto al resto de colectivos, han padecido en mayor medida la violencia sexual, posiblemente muy relacionada con el entorno de la prostitución (Ver tabla 26).

Situaciones	Prostitutas
Ausencia de los padres	29.2
Ruptura matrimonial	45.0
Problemas graves de salud	26.5
Graves problemas económicos	78.2
Violencia sexual	49.2
Tutela en centros para menores	9.8
Ingreso en prisión	18.2
Abandono del lugar de origen	39.4
Malos tratos psíquicos	76.3
Malos tratos físicos	69.3

Tabla 26: Sucesos Vitales sufridos por las mujeres que ejercen la prostitución. (EDIS, 2004, p. 169).

Con respecto a la violencia, los resultados del estudio de EDIS (2004, p. 172) son los siguientes: actualmente, las mujeres que ejercen la prostitución son las que en mayor proporción sufren malos tratos, tanto psíquicos, como físicos si son comparadas con los otros grupos de exclusión. En todos los colectivos, el porcentaje total de respuestas se sitúa en torno al 160%, lo que indica que cada mujer que sufre o ha sufrido malos tratos, los ha padecido de más de una persona (alrededor de 1,6 personas diferentes, como media) (tabla 27).

Episodios de malos tratos	Prostitutas
<b>Psíquicos</b>	
No, nunca	23.7
Sí, pero no ahora	50.0
Sí, en la actualidad	26.3
Total	100.0
<b>Físicos</b>	
No, nunca	30.7
Sí, pero no ahora	48.7
Sí, en la actualidad	20.6
Total	100.0

Tabla 27: Violencia sufrida por las mujeres que ejercen la prostitución. (EDIS, 2004, p. 172).

Los malos tratos proceden de personas del entorno familiar, maridos, compañeros o parejas; destaca la especial incidencia, entre las mujeres que ejercen la prostitución, de malos tratos procedentes de personas de su entorno, de grupos de violencia urbana, de la policía y, en menor medida, de compañeros o “superiores” del trabajo (tabla 28).

Ejecutores de malos tratos	Prostitutas	E
El marido, compañero o pareja	54.0	
El padre	19.0	
La madre	6.6	
Algún hijo/a	3.3	
Otros familiares	10.4	
Algún superior o compañero de trabajo	8.5	
La policía	13.3	
Grupos de violencia urbana y del entorno	41.7	
Otros	3.8	
Total	160.6	

*Tabla 28: Ejecutores de la Violencia sufrida por las mujeres que ejercen la prostitución.: (EDIS, 2004, p. 173).*

Los datos obtenidos en el grupo de mujeres normalizadas son mucho más bajos; aunque para los autores del estudio (EDIS; 2004, p. 174) en los dos colectivos (excluidas y normalizadas), el porcentaje total de respuestas se sitúa bastante por encima del 100% (aunque en mayor medida, en el caso de las mujeres en exclusión) lo que indica que cada mujer que sufre o ha sufrido malos tratos, los ha padecido de más de una persona (como media, alrededor de 1,6 personas diferentes en el caso de las excluidas y cerca de 1,4 personas diferentes, en el de las normalizadas). En ambos casos, los malos tratos proceden principalmente de personas del ámbito familiar, coincidiendo en señalar principalmente a los maridos, compañeros o parejas. En este grupo no se halla violencia o amenazas por parte de personas del entorno o grupos de violencia urbana como se ha constatado en el grupo de mujeres que ejercen.

En Castilla y León, Rut Pinedo (2008, p. 228) analiza las condiciones laborales del ejercicio de la prostitución (los horarios, las ganancias, el tipo de servicios, número de clientes, ingresos económicos, la movilidad de las personas, etc.). Es interesante el análisis que hace sobre el grado de satisfacción con la actividad y las necesidades percibidas (p. 231). Para su estudio aplica una encuesta y los resultados son los siguientes: el nivel de satisfacción con la prostitución es bajo, es decir, afirman sentirse Nada o Poco satisfechas con el ejercicio de la prostitución; se han encontrado diferencias significativas entre los grupos: las personas que trabajan en piso sienten significativamente más satisfacción con la prostitución que las de club. Mientras que no hay

diferencias significativas entre las de club y las de calle. En cuanto a las necesidades que plantean para mejorar sus condiciones de vida y de trabajo hay una serie de necesidades que son elegidas por la mayoría de las entrevistadas independientemente del tipo de prostitución que ejerzan, y son: más información sobre ITS (94.5%), legalización de la prostitución (91.1%), alternativas laborales y ayudas sanitarias (87%) y más higiene en el lugar de trabajo (68.5%). Sólo se ha encontrado relación significativa entre la necesidad de más protección en el lugar de trabajo y el tipo de prostitución siendo las personas de la calle las que eligen mayoritariamente esta necesidad y las de piso las que en menor medida lo hacen. También se han evaluado los aspectos positivos sobre la legalización de la prostitución y el motivo más señalado es “para tener más derechos sociales y laborales” señalado por el 58% de la muestra, que está en consonancia con las necesidades que han señalado con anterioridad (ayudas sociales y sanitarias). En segundo lugar, el 21% de las personas entrevistadas afirman que la legalización conllevaría mayor protección.

Otro aspecto estudiado por Pinedo (2008, p. 247) son las agresiones y la violencia sufrida en el entorno de la prostitución. Los resultados se recogen en la tabla 29.

Tabla 26. Agresiones físicas en función del tipo de prostitución

Frecuencia agresiones físicas <sup>a</sup>	Tipo de prostitución			Total
	Calle	Club	Piso	
<b>N</b>	21	33	92	146
<b>Cliente</b>				
Media	1.33	.70	.24	.50
(d.t.)	(.16)	(.98)	(.50)	(.84)
Min.-Max.	0-3	0-3	0-2	
<b>Jefe/a</b>				
Media	.05	.18	.03	.07
(d.t.)	(.22)	(.63)	(.23)	(.37)
Min.-Max.	0-1	0-3	0-2	
<b>Compañeras/os</b>				
Media	.71	.15	.02	.15
(d.t.)	(.96)	(.44)	(.21)	(.50)
Min.-Max.	0-2	0-2	0-2	
<b>Pareja</b>				
Media	1.43	.15	.14	.33
(d.t.)	(1.70)	(.62)	(.56)	(.94)
Min.-Max.	0-4	0-3	0-3	
<b>Total</b>				
Media	.88	.30	.11	.26
(d.t.)	(1.00)	(.67)	(.38)	(.66)

0.Nunca; 1.Una vez; 2.Algunas veces; 3.Bastantes veces; 4. Siempre

Tabla 29: Agresiones físicas en diversas modalidades. Fuente: Características psicosociales, calidad de vida y necesidades de las personas que ejercen prostitución (Pinedo, 2008, p. 247)

Las conclusiones que se extraen del estudio son las siguientes: “(...) las agresiones físicas dentro del mundo de la prostitución existen, pero debemos reconocer que no son muy numerosas. Si observamos las medias de la frecuencia con la que éstas ocurren podemos ver que, exceptuando el grupo de calle, el resto no

*llega a una media de uno, es decir, sus respuestas a la pregunta si han sufrido agresiones físicas mientras estaban trabajando oscilan entre nunca y una vez. Son las personas que trabajan en la calle las que con más frecuencia sufren agresiones físicas, tanto por parte de clientes como por parte de la pareja, e incluso en ocasiones por los/as propios/as compañeros/as. También podemos destacar que de los tres grupos analizados los/as jefes/as no suelen ejercer violencia física, siendo los clientes quienes más violentos son con las personas que ejercen prostitución” (Pinedo, 2008, p. 249). En cuanto a las agresiones sexuales, dentro del mundo de la prostitución el estudio de Pinedo (2008, p. 261) son casos excepcionales y escasos; los datos que se obtienen de la muestra de club y piso son cercanas a 0 (nunca); el grupo que más agresiones sexuales sufre es el que ejerce en la calle. Los actores de las agresiones son mayoritariamente los clientes, seguidos, en algunos casos, por las parejas.*

En Asturias, Fernández (2004) analiza las variables ambientales que inciden en la Salud de las mujeres que ejercen la prostitución en la modalidad de club. La autora analiza las siguientes variables: las condiciones en la que se desarrolla la actividad en cada establecimiento (horarios, precios, comisiones, servicios sexuales, etc.); las normas impuestas en cada establecimiento para organizar la actividad; el número de clientes y los factores que influyen para la variación en la asiduidad; el número de clientes que atiende cada mujer y factores que influyen; los factores económicos que influyen en las horas de dedicación a la actividad; etc. Otro aspecto que se contempla en este estudio sobre Salud Ambiental son los factores ambientales que inciden en el desarrollo de la actividad y que repercuten en su Salud, por ejemplo, las condiciones físicas del local (espacios cerrados, con excesivo humo y escasa ventilación, falta de luz diurna); la contaminación acústica (excesivo ruido de los locales); las condiciones horarias del local (provoca trastornos de sueño, problemas intestinales, falta de regularidad en las comidas, escasas relaciones sociales, falta de tiempo para hacer gestiones o acudir a centros de salud, etc. ). Cuando el alojamiento es el propio club, se constata que las mujeres tienden a la inactividad (evitan tener que salir a la ciudad; dedican más tiempo a dormir; la rutina de no salir y no hacer nada les lleva a un estado de apatía y de falta de interés por cualquier tarea). Otro aspecto relacionado con Salud Ambiental es la indumentaria de trabajo: suelen llevar calzado muy alto, que les genera dolor en los pies, la espalda y los riñones; algunas se quejan de la aparición de varices por el uso del calzado. En cuanto a la ropa y el arreglo personal, las mujeres se quejan de que exige excesivo tiempo y dinero. Otro tema que se analiza en el estudio son las relaciones que se establecen en el ambiente de la prostitución; por lo general, las relaciones con las compañeras no siempre son cordiales. Las mujeres inmigrantes se agrupan y se unen por nacionalidades: forman grupos para hablar, salir a la ciudad, acudir a la consulta médica e incluso para colocarse físicamente en el local; existen rivalidades entre los grupos



y también entre las compañeras, especialmente cuando se disputan los clientes. Las que viven en el club-hotel se quejan de la rutina de estar siempre en el mismo sitio y con las mismas personas, y de que apenas hay intimidad. Los problemas personales y familiares prefieren no comentarlos entre ellas: cada una tiene los suyos y comentarlos sólo sirve para acentuar el malestar psicológico. Existen otras condiciones inherentes a la actividad que repercuten en su Salud y que también son analizadas en el estudio, como son el consumo y presencia de alcohol, tabaco y drogas; los riesgos de contraer enfermedades o infecciones por el contacto permanente con otras personas, etc. La autora concluye: “(...) las condiciones en las que se desarrolla la actividad en el club son específicas y diferentes a otro tipo de prostitución. El entorno y los factores ambientales incide en su Calidad de Vida y bienestar psicosocial” (Fernández, 2004, p.70).

### **3.3. Estudios globales sobre Calidad de Vida y Prostitución**

Los estudios que se presentan a continuación contemplan la Calidad de Vida desde una concepción global. Los estudios hallados en la literatura científica reciente sobre Calidad de Vida y prostitución son escasos y se han encontrado tan sólo dos autores que evalúen la Calidad de Vida a partir del modelo de la OMS.

Sobre la Satisfacción con la vida se ha encontrado el estudio de Baker, Wilson y Winebarger (2004); además de la satisfacción, se evalúa la Salud Física y la vivencia y valoración del estigma. El estudio cuenta con 26 mujeres que ejercen en la calle; se les aplica un cuestionario de Salud, una escala sobre el estigma, y la escala de Satisfacción con la Vida. Los resultados son los siguientes: 21 mujeres tenían problemas de Salud agudos o crónicos; sólo 11 solicitaron atención sanitaria. Los sentimientos de estigmatización eran variables y puntuaban desde muy bajos hasta muy altos; todas las mujeres se consideraron insatisfechas con su vida.

El estudio más amplio y específico sobre Calidad de Vida que se ha hallado en la literatura científica está realizado en China. Los autores Wong, Holroyd, Gray y Ling (2006) realizan un estudio transversal sobre la Calidad de Vida (según la Organización Mundial de la Salud) de las mujeres que ejercen la prostitución de calle en Hong Kong; la muestra (N= 89) fue comparada con una muestra de mujeres de la población general (que no ejercen). Las puntuaciones medias en el cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) fueron 12,56, 12,18, 1,96 y 12,10 en la Salud física, psicológica, relaciones sociales, y Salud del ambiente. Cuando se compara con las que no ejercen, estas obtienen puntuaciones mas altas en todos los ámbitos, excepto en las relaciones

sociales. En cuanto a las puntuaciones globales, las que ejercen obtienen puntuaciones más bajas en satisfacción general en Calidad de vida (2,69 frente a 3,55 de la muestra normalizada), pero una satisfacción similar en la percepción de su estado general de Salud (3,63 vs 3,47). Sin embargo, si se les pregunta sobre aspectos más concretos de su estado de Salud, las que ejercen obtuvieron puntuaciones significativas más altas en dolor y el malestar (1,90 vs 3,42), menos energía y más fatiga (1,56 vs 4,86,); el 21,3% de la muestra declararon haber estado enfermas durante los últimos 3 meses, y más de la mitad (52,7%) habían estado enfermas más de una vez en los últimos 3 meses, aunque menos de la mitad (47,4%) habían visto un médico. Entre las mujeres que ejercen el (15,7%) dijeron que estaban tomando medicamentos y el 71,4% de ellas estaban tomando medicamentos sin receta. Con respecto a la Salud psicológica las mujeres que ejercen tenían menos disfrute de la vida, algunas no encontraban sentido a su vida. El 89,9% admitieron sentirse estresadas, cuyas causas fueron la situación financiera (43,1%), la familia / relaciones sociales (23,2%), la ocupación (13,9%), y otras cuestiones relacionadas con la Salud (11,9%). Con respecto al apoyo social, el 34,8% dijeron que no tenían ningún apoyo social, y las que lo tenían solía ser de amigos. En el dominio ambiental, se analizaron las condiciones laborales de la actividad y las agresiones. Con respecto a las agresiones sólo el 3,4% habían denunciado en el caso de violación; las causas para esta baja puntuación son, entre otras, la falta de regularización de la actividad, el miedo al acoso policial, la incapacidad de denunciar por falta de protección jurídica.

Virginia Mazuela Coll y Ana P. Almarza Cuadrado (2008), del Programa Betania, realizan un estudio sobre Calidad de Vida y prostitución. El programa Betania interviene con mujeres que ejercen la prostitución desde el 1996 en Burgos y Miranda de Ebro; cuenta con Casa de Acogida, Centro Día y Acercamiento a los lugares de ejercicio. El programa atiende a mujeres de países diferentes (Brasil y Rumania principalmente, siguiendo Bolivia, Colombia, Argentina, Ecuador, Bulgaria, Nigeria...). Los indicadores de Calidad de Vida son elegidos a partir de la encuesta realizada en la última década por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) y a partir de la teoría de Schalock (1996). El objetivo del estudio es analizar la situación real que viven las mujeres desde sus percepciones y sentimientos; los datos son recogidos y analizados a partir de las consultas, entrevistas distendidas e historias de vida, etc. Se ha contado con una muestra de 478 mujeres que han pasado por el programa (1996 –2007). Los indicadores analizados son los siguientes: valoración de la situación personal en el último año (Grado de felicidad general; capacidad de actuar ante los problemas; sentimientos de soledad; actitud frente al trabajo; sentido de la vida; expectativas). Indicadores de Calidad de vida en el área de bienestar material; área Trabajo; área de Educación; Atención y acceso sanitario; relaciones interpersonales; Ocio y

Deporte y tiempo libre; Vivienda; Indicadores de calidad de vida en el Entorno físico-social y por último Indicadores de Calidad de vida en el área Seguridad. Las conclusiones (Mazuela y Almarza, 2008, p. 34) del estudio son las siguientes:

- El nivel de ingresos es superior al ganado en otras actividades (servicio doméstico, cuidado de personas), pero coexisten condicionantes que confirman una baja Calidad de Vida: inestabilidad, dificultades para controlar sus ingresos, etc.
- Se detecta falta absoluta de seguridad jurídica que se extiende a toda la población inmigrante, pero en el caso de las mujeres que ejercen este aspecto se acentúa (estrés y temor permanente a ser deportadas, continuas redadas y amenazas).
- Se detecta falta de seguridad física: expuestas a violencia machista, negativa de los varones a usar preservativo, riesgos para la Salud, etc.
- Atentados permanentes a su dignidad y faltas de respeto continuas, fuente principal de su infelicidad.
- Dificultades para el desarrollo personal causadas por la estigmatización, la desconfianza en sus propias capacidades, la baja autoestima, etc. El ambiente de violencia, conflicto, ilegalidad y delictivo no propicia ningún crecimiento humano; la falta de reconocimiento de la prostitución como trabajo agrava esta situación.
- Falta de tiempo: para sí mismas, para el ocio, para la formación, para ir al médico...
- El aislamiento físico y social les lleva a la soledad en todas sus facetas: familiar, social y de pareja, incidiendo en otros factores como el desarrollo personal, la capacidad para ejercer y reivindicar sus derechos y responsabilidades.
- Dificultades para la autodeterminación: entendida como el grado de identificación y capacidad para realizar las necesidades y deseos que agradan y determinar lo que desagrada. La falta de información o la desinformación impide el ejercicio de la libertad.
- Inestabilidad y la movilidad permanente en la que viven la mayor parte de mujeres en prostitución que provoca la carencia de relaciones interpersonales, incluida la pareja y la imposibilidad de disfrutar el bienestar material que venían buscando.
- Carencia en el disfrute y en el ejercicio de sus derechos y responsabilidades debido a la invisibilidad a la que están sometidas las mujeres en prostitución: dificultades para obtener el permiso de residencia, dificultad para obtener la tarjeta sanitaria, condiciones de explotación en el entorno laboral.

Ballester (2000) analiza las dimensiones de Calidad de Vida y de las personas que ejercen la prostitución para diseñar un programa de intervención; las necesidades detectadas son las siguientes:

- Necesidad de bienestar físico (problemas-riesgos de Salud: enfermedades de transmisión sexual, etc.);
- Necesidad de seguridad y protección (control por parte de las mafias y chulos, violencia por parte de algunos clientes, etc.);
- Otras necesidades sociales (se altera la dinámica familiar, abandono de la pareja, explotación laboral, deserción escolar, poca o ninguna solvencia económica al margen de la prostitución, etc.);
- Necesidad de aceptación y pertenencia a un grupo (dificultades de reconocimiento social de su actividad), así como de ser estimada y respetada (dificultades de reconocimiento interpersonal de su actividad, temor, rechazo/resignación ante su situación, estados de angustia y a veces depresión, inestabilidad emocional, etc.);
- Necesidad de autorrealización (dificultad para tomar decisiones que afectan el proyecto de vida, ausencia de futuro, etc.).

En función de estas necesidades los autores Ballester, Orte y Perelló (2003, p. 107) diseñan un programa de intervención para mejorar la Calidad de Vida de las personas que ejercen la prostitución. Inicialmente se trabaja con un mínimo de 20 mujeres dedicadas a la prostitución con edades entre 18 y 29 años. Los instrumentos que se han diseñado para facilitar el trabajo son: entrevista de selección y entrevista de ingreso al programa; ambas entrevistas serán abiertas, basadas en un guión orientativo; cuestionario de historia de vida e inventario de eventos estresantes y psicosociales de la prostitución; ambos cuestionarios serán cerrados y se procederá a validarlos en el proceso de actuación. Una vez que se inicia el programa se comienza por la aplicación específica del programa de reducción de riesgos a través del modelo propuesto por Weinstein (1988). El modelo gira en torno al desarrollo de las creencias y de las intenciones a través del tiempo para conducir a la acción. El proceso tiene una serie de etapas (las personas se comportan de manera cualitativamente diferente en los diversos momentos del proceso de adopción de precauciones, y las clases de intervenciones y de información requeridas para que las personas se aproximen más a la conducta óptima de reducción de riesgos varían según los grupos socioculturales y las características personales). El modelo tiene en cuenta los siguientes factores: Susceptibilidad al riesgo: La severidad del riesgo y la efectividad de la precaución. Proceso de toma de decisiones. Construcción

y ejecución de los programas de cambio; en esta etapa se formulan las estrategias necesarias para reducir o eliminar los factores de riesgo al igual que el fortalecimiento de aquellos elementos que permitan mantener una adecuada conducta más autónoma y saludable, con el fin de mejorar la calidad de vida de las mujeres dedicadas a la prostitución, traducido en acciones concretas y reales. El programa de intervención se basó en 10 talleres diferentes, desarrollados grupalmente, con el apoyo de materiales escritos y sesiones individuales. Los temas tratados son variados: Situación legal. Recursos sociales. Desenvolvimiento en el medio. Sexualidad. Enfermedades de transmisión sexual. Afrontamiento de conflictos, situaciones violentas, etc. Necesidades personales-familiares (hijos, familias...). Demandas de las propias mujeres. Alternativas viables, apoyo por parte de los diversos recursos.

Este programa de intervención fue evaluado posteriormente para valorar la eficacia de la intervención. Los resultados son presentados por Ballester, Perelló y Vecina (2007): se analizaron las opiniones de las mujeres y de los profesionales mediante una escala de intervalo tipo Likert (1-5); las siete variables que obtuvieron evaluaciones positivas, ordenadas según el grado de aceptación son: adquirir nuevos conocimientos sobre su actividad y su situación, así cómo hacer frente a sus consecuencias (Información integrada); contribuir a que se sienta más a gusto consigo misma (Autoestima); contribuir a que las mujeres controlen mejor su propia situación (Autocontrol-control de la situación de estrés); mejorar en aspectos básicos como la relación afectiva con las personas cercanas y la familia (Relaciones afectivas); aumentar la relación con amigos y otras personas fuera de la práctica de la prostitución (Relaciones sociales); contribuir a que entre en contacto con otros servicios que le aporten apoyo efectivo (Relaciones con la red formal de apoyo); contribuir a que realice actividades positivas fuera del domicilio (Tiempo libre).

En Castilla y León se llevan a cabo dos estudios sobre Calidad de Vida y prostitución a través de la aplicación del cuestionario diseñado por la OMS el WHOQOL-BREF (1996). El primer estudio (Pinedo, 2005) se realiza con 20 mujeres que ejercen en club, piso y calle. Las puntuaciones obtenidas son comparadas con las obtenidas en la población normal en España (Lucas, 1996). Los resultados en el cuestionario son los siguientes (tabla 30):

Calidad Vida	Mujeres Calle	Mujeres Club	Sujeto Sanos	Suj. Enfermo	Suj. Esquizof
Salud Física	15.73	21.22	18.52	15.27	13.02
Salud Psicol	9.73	14.89	17.05	15.30	12.07
Salud Social	5.55	7.00	16.95	15.40	11.02
Salud Ambient	19.82	22.89	15.20	14.20	12.60

Tabla 2

Tabla 30: *Calidad de Vida de la muestra de mujeres que ejercen prostitución y comparación con otras muestras. Fuente: Salud y Calidad de Vida en las mujeres que ejercen la prostitución: estudio cuantitativo (Pinedo, 2005, p. 9)*

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la subescala de Salud Física, en la de Salud Psicológica y en la de Salud Social. En las tres el grupo de mujeres que ejercen prostitución en club o piso presenta medias mayores, es decir, mejor Calidad de Vida que el grupo de mujeres que ejerce en la calle. Comparando las medias con las que se obtuvieron en la muestra Barcelona con sujetos sanos (Lucas, 1996) en las subescalas de Salud física, psicológica y social las puntuaciones para ambos grupos de mujeres que ejercen prostitución son menores, se asemejan más a las medias obtenidas con “sujetos enfermos” e incluso a la media de la muestra de “personas con esquizofrenia”

La misma autora (Pinedo 2008, p. 276) replica el estudio con una muestra más amplia. Los datos de su muestra se comparan con el baremo de la escala utilizada por Lucas (1996). Los resultados que se hallan son los siguientes: se encuentran diferencias significativas en todas las escalas, de forma que las personas que ejercen la prostitución presentan mejor Salud física, mejor Salud psicológica y mejor Salud ambiental que el baremo para la población sana, pero presenta peor Salud social (ver tabla 31). El análisis, en función de la modalidad, ha hallado el mismo patrón que al tomar la muestra en su conjunto, exceptuando para las personas que ejercen en la calle. Las personas que ejercen en la calle presentan mejor Salud ambiental, pero presentan peor Salud social y no hay diferencias con la Salud física y psicológica. Los resultados se presentan en la tabla siguiente (tabla 48). Además de analizar la Calidad de Vida la autora hace un análisis sobre los predictores o variables que pueden explicar las diferencias en Calidad de Vida de las personas que ejercen la prostitución. Las conclusiones son las siguientes (Pinedo, 2008, p. 366): las necesidades interpersonales básicas explican mejor la Calidad de Vida que los factores de Salud relacionados con la prostitución; la depresión y la autoestima (bienestar emocional) y la soledad social y la satisfacción sexual (relaciones interpersonales) son los factores explicativos de la Calidad de Vida de las personas que ejercen prostitución. Para el grupo de personas que ejercen prostitución de calle se

ha detectado un factor específico que explican su Calidad de Vida y está relacionado con sus relaciones interpersonales y es la soledad familiar: el VIH/SIDA y las agresiones sexuales son factores explicativos de la Salud física y psicológica, respectivamente; esto no sucede para las personas que ejercen en piso o club. La soledad social es un factor explicativo específico de la Salud física, psicológica y ambiental de las personas que ejercen prostitución de exterior. Aunque todo el colectivo de personas que ejercen prostitución siente altos niveles de soledad social, éstos son más influyentes en la explicación de la Salud física, psicológica y ambiental del grupo de personas que ejercen en la calle. En conclusión, la autora (Pinedo, 2008) considera que los principales problemas que presenta este colectivo en la actualidad se relacionan con las malas condiciones en las que ejercen prostitución y las carencias de tipo afectivo y social como depresión, soledad emocional y social, depresión sexual y baja Salud social. Estas necesidades detectadas deberían ser la base de los programas de intervención.

**Tabla 32. Descriptivos de calidad de vida en función del tipo de prostitución**

		Tipo de prostitución				
		Calle	Club	Piso	Total	Baremo
	n	21	33	92	146	Muestra Barcelona
Salud física	Media	3.10	3.57	3.97	3.75	
	(d.t.)	(.93)	(.66)	(.55)	(.71)	
	Sumatorio	21.67	25.00	27.76		18.52
	Prueba t	( $t_{(20)}=2.21, p=.04$ )	( $t_{(32)}=8, p=.000$ )	( $t_{(91)}=22.95, p=.000$ )		
Salud psicológica	Media	2.67	3.39	3.66	3.46	
	(d.t.)	(1.05)	(.91)	(.85)	(.85)	
	Sumatorio	16.00	20.33	21.97		17.05
	Prueba t	( $t_{(20)}=-.76, p=.46$ )	( $t_{(32)}=3.45, p=.002$ )	( $t_{(91)}=12, p=.000$ )		
Salud social	Media	2.83	3.02	3.47	3.27	
	(d.t.)	(1.28)	(.93)	(.92)	(1.00)	
	Sumatorio	8.47	9.06	10.40		16.95
	Prueba t	( $t_{(20)}=-10.25, p=.000$ )	( $t_{(32)}=-16.28, p=.000$ )	( $t_{(91)}=-22.77, p=.000$ )		
Salud ambiental	Media	3.01	3.22	3.44	3.33	
	(d.t.)	(.76)	(.68)	(.59)	(.66)	
	Sumatorio	24.10	25.79	27.54		15.20
	Prueba t	( $t_{(20)}=6.72, p=.000$ )	( $t_{(32)}=11.12, p=.000$ )	( $t_{(91)}=24.89, p=.000$ )		
Total	Media	2.90	3.30	3.63	3.45	
	(d.t.)	(1.00)	(.80)	(.70)	(.81)	

Tabla 31: Calidad de Vida de las personas que ejercen la prostitución. Fuente: Características psicosociales, calidad de vida y necesidades de las personas que ejercen prostitución (Pinedo, 2008, p.277)

# DESARROLLO DEL ESTUDIO



## **CAPÍTULO IV: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Existen numerosos motivos que hacen necesario el estudio científico del colectivo de mujeres que ejercen prostitución, en concreto las condiciones en las que ejercen esta actividad, su estado de salud y su Calidad de Vida.

➤ En primer lugar, es necesario analizar el colectivo en toda su heterogeneidad para ofrecer respuestas diversas.

Las mujeres que ejercen la prostitución conforman un grupo muy heterogéneo (Orte y Ballester, 2008; Rodríguez, 2002). La categorización de perfiles es difícil ya que existen muchos criterios y múltiples definiciones sobre el fenómeno de la prostitución; ante esta gran heterogeneidad se puede intentar clasificar a partir de variables como la modalidad de ejercicio (calle, piso, club, etc.), origen (inmigrante o autóctono, espacios (abiertos o cerrados), género (masculina, femenina, transexual), condiciones (forzada, voluntaria, etc.), problemas asociados (toxicomanías, VIH-Sida, explotación sexual, marginación o exclusión social, etc.).

La combinación de criterios y variables puede ser amplia y desplegar un abanico extenso de perfiles, tantos como historias de Vida que nos ofrece cada persona. La generalización de algunos estereotipos y concepciones erróneas sobre este colectivo han interferido en las políticas de investigación, intervención y en el abordaje del fenómeno de la prostitución.

Ante cualquier estudio sobre este colectivo no podemos obviar que se ha producido una evolución de los perfiles en las últimas décadas. Hace más de tres décadas, en España y en concreto en Asturias (Pons, 1992), la muestra estaba compuesta por mujeres españolas con bajo nivel académico y grandes dificultades económicas (Barahona, 2001). En la década de los 80 aparece un nuevo perfil, las mujeres drogodependientes que ejercen prostitución para costearse su adicción (ASE-Psiké, 1997; CIMTM, 2002; Meneses, 2003). Sin embargo en los últimos años surge un nuevo perfil predominante, compuesto por las mujeres inmigrantes que presentan características y problemática diferenciadas (Agustín, 2001; Fernández, 2004; Juliano, 2004; Meneses, 2003; Pheterson, 2000). Pero existen otros perfiles presentes en nuestra sociedad cuyas características pueden ser específicas y requieren su estudio y análisis.

➤ En segundo lugar, conocer la diversidad del colectivo conlleva implícito ajustar la respuesta a las demandas y ofrecer recursos y servicios socio-sanitarios diversos.

Los recursos y servicios socio-sanitarios han evolucionado en sus actuaciones en función de la evolución de los colectivos de exclusión social, marginación, prostitución, violencia de género, inmigración, prevención de VIH-SIDA, etc. Con respecto al colectivo de mujeres que ejercen la prostitución existen unos perfiles determinados de mujeres con necesidades muy específicas que exigen una modificación en las atenciones y en las formas de trabajo con el colectivo. La afluencia creciente en las últimas décadas de mujeres inmigrantes, conlleva la presencia de problemas asociados como son las barreras idiomáticas y culturales, la inmigración ilegal, la explotación y tráfico de mujeres, la alta movilidad geográfica, las necesidades y demandas sobre el reagrupamiento familiar, la tramitación de documentación, la inserción laboral, etc. (Brussa, 2004; Cruz Roja Española, 2004; TAMPEP, 2005) Estos problemas inevitablemente modifican las prioridades de intervención y la previsión de nuevos dispositivos como son las casa de acogida para mujeres víctimas de tráfico ilegal y explotación sexual, el programa de acompañamiento de las mujeres a los recursos, asesoramiento legal, alfabetización, formación laboral, etc. Por otro lado, existen mujeres que consumen drogas o alcohol, tienen problemas socio-familiares y de salud graves y la prostitución que ejercen se desarrolla en las peores condiciones de salud, seguridad, higiene, etc.; este colectivo tiende a desaparecer en España, y en concreto en Asturias, pero este hecho no exime de que su perfil tan concreto exija respuestas e intervenciones específicas. Otros perfiles, como las mujeres españolas que ejercen en pisos pueden tener necesidades o demandas específicas que no están relacionadas con las que se ofertan para mujeres en situación de explotación sexual, problemas de drogodependencias o situaciones de abuso y explotación en las condiciones en las que se desarrolla la actividad.

En conclusión, encontramos que las personas que ejercen prostitución en la actualidad presentan condiciones de vida específicas, tanto a nivel personal, como de Salud y Calidad de Vida y las condiciones en las que se desarrolla su actividad. La especificidad de cada colectivo o grupo de personas exige una respuesta de intervención específica y nunca homogénea. El estudio de de la Calidad de Vida de las mujeres que ejercen la prostitución puede ofrecer un marco idóneo para conocer la diversidad de los perfiles, la diversidad de las demandas y por lo tanto ofrecer un marco teórico para diversificar la intervención política y social.

➤ En tercer lugar, urge modificar las políticas de investigación clásicas sobre el colectivo de mujeres que ejercen la prostitución y plantear estudios sobre Calidad de Vida y Salud.

Tanto las instituciones gubernamentales como las entidades, asociaciones y ONG que dedican sus esfuerzos a intentar erradicar estos problemas o paliar sus consecuencias, necesitan, para programar con eficacia y eficiencia sus acciones, tener como base una adecuada comprensión de la realidad en la que actúan. Para ello es necesario el estudio previo de las necesidades del colectivo y a su vez conocer qué vías de solución o mejora se pueden poner en práctica.

A lo largo del siglo XX, y en especial en la década de los 80 y 90, la literatura científica ha producido un número elevado de estudios sobre el colectivo de mujeres que ejercen la prostitución pero tales estudios tienen las siguientes características (Vanwesenbeeck, 2001):

Por un lado, son estudios parciales, que centran su estudio en aspectos muy concretos (prostitución-VIH-Sida, prostitución- Infecciones de transmisión Sexual, prostitución- trastornos mentales asociados, etc.) y no ofrecen una visión más amplia y global de todas las variables que inciden en la salud y bienestar del colectivo (variables personales, sociales, sanitarias, psicológicas, etc.).

Por otro lado, son estudios con poblaciones muy concretas y específicas. Los datos no pueden ser generalizables a todos los tipos de prostitución (de calle, pisos, club, etc.), ni a los diferentes colectivos de personas que ejercen la prostitución (mujeres, hombres, transexuales), o las diferentes zonas geográficas (zonas urbanas, rurales, sociedades occidentales, no occidentales, países del primer mundo, del tercer mundo).

Por último, los estudios hallados son realizados generalmente con muestras muy pequeñas, dadas las dificultades de acceso a la información para investigar sobre este colectivo; por lo tanto, los resultados hallados en muestras excesivamente pequeñas sólo pueden ser válidos y específicos para esas muestras seleccionadas.

Consideramos que actualmente se debería abogar por estudios más globales, donde se analicen todas las variables que rodean la vida de las personas que ejercen la prostitución e incluir otros términos como Calidad de Vida, bienestar social, laboral y psicológico, índice de salud, factores de riesgo, condiciones que rodean la actividad, factores psicosociales presentes, etc. Sin embargo, debemos evitar las generalizaciones, ya que las conclusiones de este tipo de estudios sólo son válidas para la muestra seleccionada, condicionada por las siguientes variables:

- El contexto donde se desarrolla la prostitución (en países desarrollados, en países con medidas legislativas abolicionistas o reglamentaristas, en países pobres, en Europa, en España, etc.);

- La situación de las personas en el país (irregular o no);
- La procedencia, cultura, religión, etc. de las personas que ejercen;
- La modalidad (calle, club, piso, de lujo, etc.) de ejercicio
- El género de las personas que ejercen, (hombres, mujeres o transexuales);
- Otros factores de vulnerabilidad asociados (previamente o no) como el consumo de drogas, la seropositividad, mal estado de salud, etc.;
- Si tienen pareja y redes de apoyo social o no, sus motivaciones y expectativas, sus condiciones económicas, etc.;
- El estar en situación de explotación sexual, o maltrato y violencia, etc., etc.

En definitiva, los estudios actuales, deben o deberían ofrecer una visión amplia de fenómeno de la prostitución y a su vez una visión específica de las necesidades de cada una de las particularidades de cada colectivo, con el fin de articular respuestas e intervenciones ajustadas a una realidad compleja y diversa. Como conclusión podemos decir que las personas que ejercen no son un colectivo o categoría de estudio pero sí las circunstancias y el entorno que les rodean.

➤ En cuarto lugar, es necesario plantear estudios e investigaciones que minimicen las consecuencias del estigma asociado a las personas que ejercen la prostitución. Como se ha visto a lo largo de capítulo anterior, los estudios siempre se centran en los aspectos más negativos sobre la prostitución facilitando la generalización y la creación de estereotipos sobre el colectivo en general. (ver figura 13).

La evolución de los estudios sobre prostitución conciben la actividad y las relaciones sexuales dentro de la Sexualidad no convencional asociado principalmente a los conceptos: perversión, vicio, arriesgado, promiscuo, amenazante, peligroso, desestabilizador, etc.; evidentemente, el objetivo último de este tipo de estudios es la reinserción o rehabilitación de las personas que ejercen la prostitución a una sexualidad convencional.

Existen estudios que se centra en la asociación entre Enfermedad y Prostitución, donde el colectivo de personas que ejercen es estigmatizado en los siguientes términos: son una amenaza a la salud pública, son transmisoras de enfermedades venéreas. Sida, VIH; las personas que ejercen tienen problemas de salud mental como la depresión, estrés post-traumático, baja autoestima, desordenes psicopatológicos; presentan problemas de toxicomanías, alcoholismo, abusos sexuales en la infancia, problemas sexuales, problemas en las relaciones afectivas, alienadas, sin autonomía personal, víctimas.

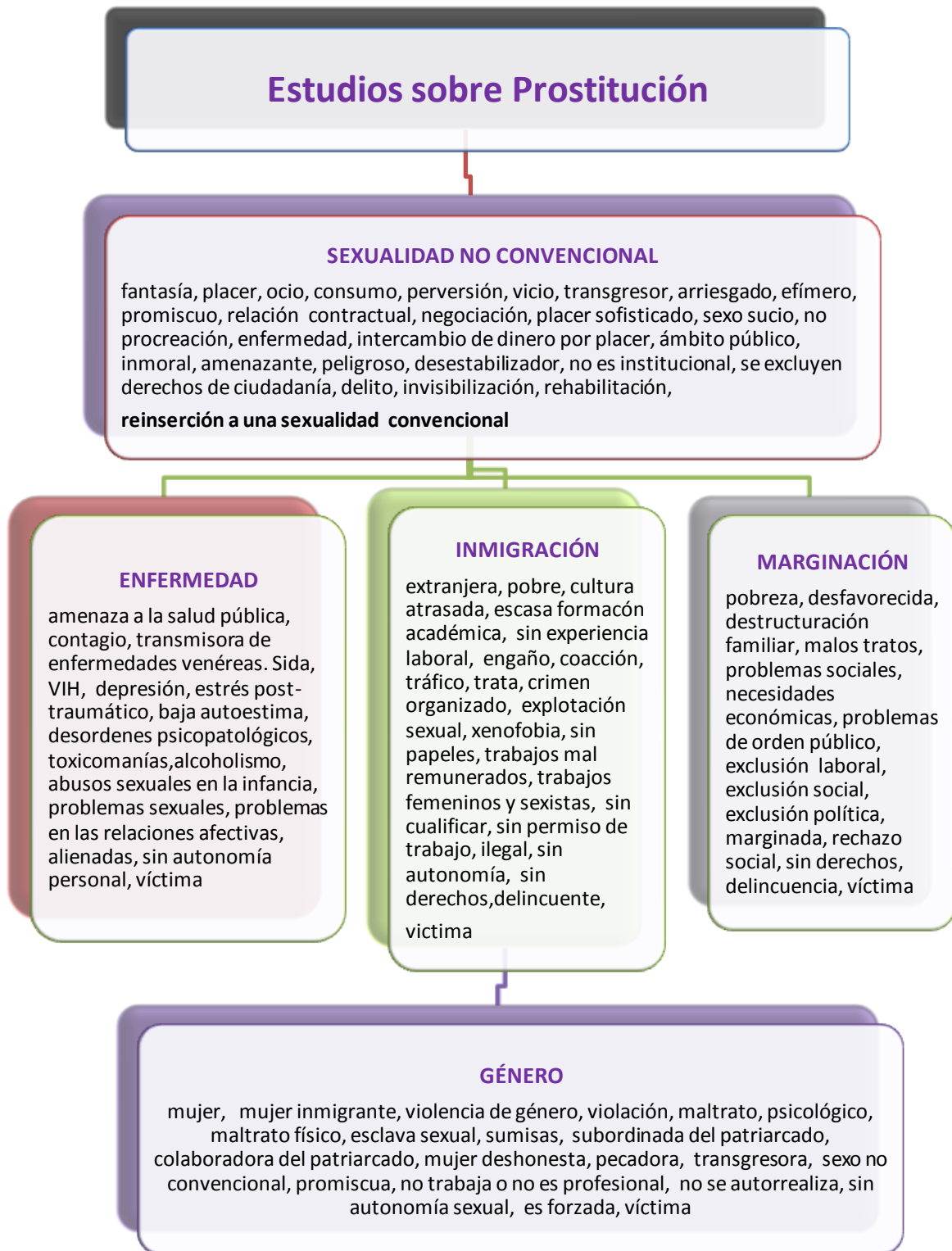


Figura 13: Tipos de Estudios sobre Prostitución. Elaboración propia.

Otro tipo de enfoque actual de los estudios sobre prostitución se centra en los aspectos de la Inmigración, donde el colectivo de las personas que ejercen tienen asociados los siguientes términos: pobre, cultura atrasada, escasa formación académica, sin experiencia laboral, engaño, coacción, tráfico, trata, crimen organizado, explotación sexual, xenofobia, sin papeles, trabajos mal remunerados, trabajos femeninos y sexistas, sin cualificar, sin permiso de trabajo, ilegal, sin autonomía, sin derechos, delincuente, víctima.

Si los estudios se centran en la Marginación o Exclusión Social, las personas que ejercen están asociadas a los términos siguientes: pobreza, desfavorecida, destrucción familiar, malos tratos, problemas sociales, necesidades económicas, problemas de orden público, exclusión laboral, exclusión social, exclusión política, marginada, rechazo social, sin derechos, delincuencia, víctima.

Y por último, si los estudios más actuales se enfocan desde la perspectiva de Género, los tópicos que se analizan son los siguientes: violencia de género, violación, maltrato psicológico, maltrato físico, esclava sexual, sumisas, subordinada del patriarcado, mujer deshonestas, pecadora, transgresora, sexo no convencional, promiscua, no trabaja o no es profesional, no se autorrealiza, sin autonomía sexual, es forzada, víctima.

El modelo de estudio sobre Prostitución elegido por esta investigación se refleja en la figura 14. El término “Mujer” es entendido desde una visión integral de la persona. El término “Mujeres” abarca todas las realidades y a todos los perfiles diversos. El término “ejercer” es entendido como temporal o circunstancial y nunca determinante o inherente a la persona. El término “prostitución” es entendido como la actividad donde se intercambian servicios sexuales por dinero dentro de la Industria del sexo.

El término Calidad de Vida se pretende analizar desde su perspectiva multidimensional; en nuestro modelo se ha sustituido el término Enfermedad (del modelo de la figura 13) por Salud y Calidad de Vida, con el fin de analizar el concepto en todas sus dimensiones: Salud Física, Salud Psicológica y Estilo de Vida.

El concepto Inmigración será analizado en los siguientes términos: motivaciones de las mujeres para decidir la emigración; los medios y recursos para hacer su viaje migratorio; acogida e integración en el país de acogida; expectativas actuales, etc.

El concepto de Marginación y Exclusión Social del modelo anterior es sustituido por Inclusión Social para analizar los siguientes conceptos: la Calidad de Vida Ambiental; la Calidad de

Vida Social; la Calidad de Vida Familiar; las condiciones en las que se desarrolla la actividad y las intervenciones necesarias para mejorar la Calidad de Vida y Salud de las personas que ejercen la prostitución.

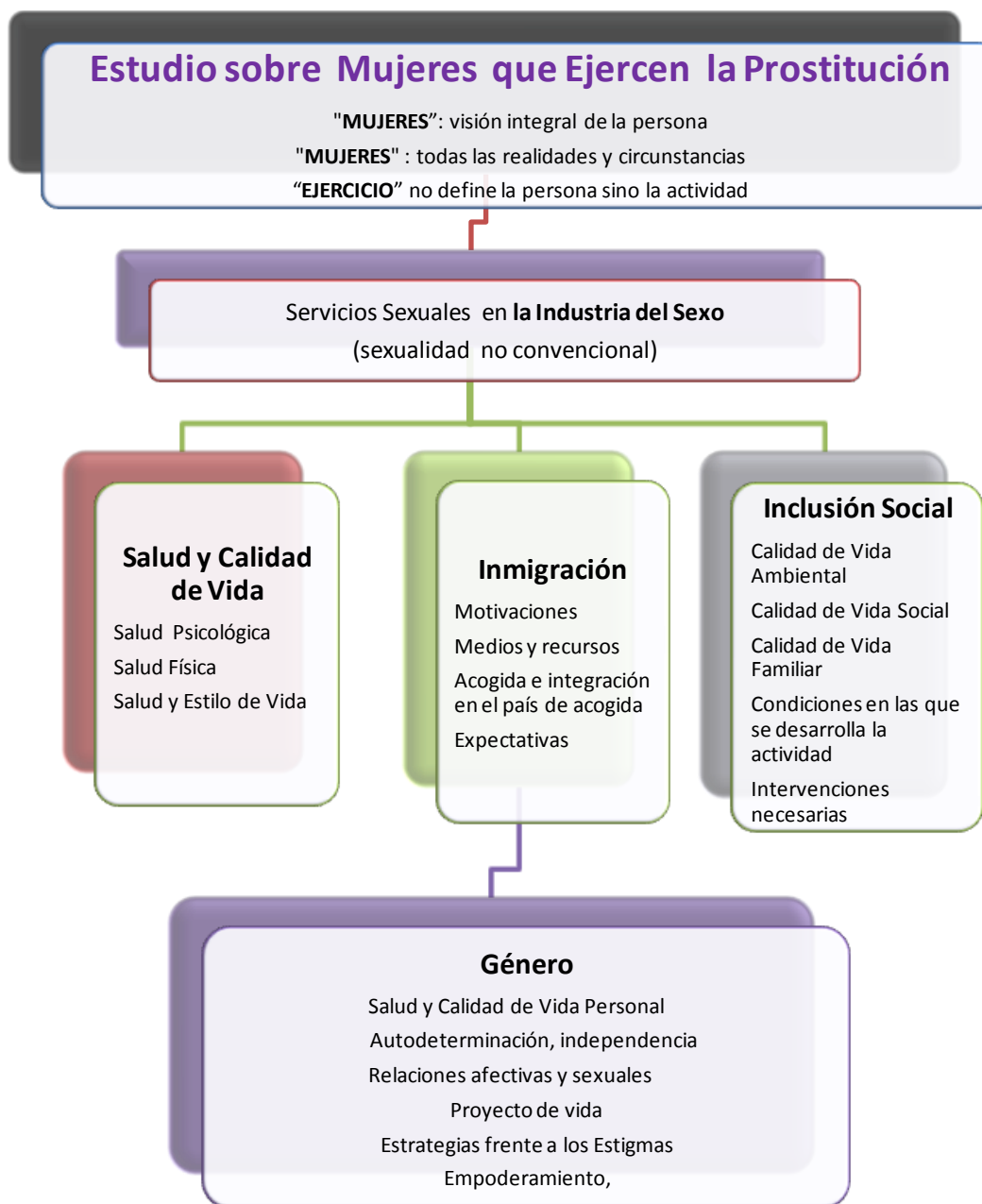


Figura 14: Modelo de Estudio sobre Prostitución y Calidad de Vida. Elaboración propia.

El término Género de nuestro modelo será entendido desde las variables siguientes: la Salud y Calidad de Vida Persona; la Autodeterminación, independencia; las Relaciones afectivas y sexuales; el Proyecto de vida personal de cada mujer; las Estrategias que emplean frente al Estigma.

En conclusión, pretendemos que nuestro estudio sea de gran interés científico y utilidad social ya que los datos proporcionarán una visión completa del fenómeno de la prostitución en la actualidad. El estudio tiene la pretensión de arrojar luz sobre las características y diferencias existentes entre los diferentes tipos de prostitución; de desterrar multitud de estereotipos y falsas creencias sobre este fenómeno; conocer y analizar la Calidad de Vida de las personas que ejercen en todas sus dimensiones; analizar las necesidades y demandas de las mujeres que ejercen y diseñar consecuentemente propuestas de intervención cuyo objetivo es mejorar su bienestar y su Calidad de Vida.

La presente investigación se divide en tres partes fundamentales; el esquema de la presentación de los resultados se refleja en la figura 15.

1º parte:

Descripción del perfil socio-demográfico actual de las mujeres que ejercen prostitución y las condiciones en las que se desarrolla la actividad y análisis de las diferencias en función de la modalidad de ejercicio y en función de la procedencia de las mujeres.

2º parte:

Conocer la Salud Física, Sexual, Social, Ambiental y Psicológica de las mujeres que ejercen la prostitución y analizar si cada ámbito de Salud varía en función de la modalidad de ejercicio y de la procedencia de las mujeres; el objetivo es conocer las necesidades y demandas de cada grupo de mujeres.

3º parte:

Se pretende conocer el estado de su Calidad de Vida y Salud tanto en el total de la muestra como en función de las variables independientes (modalidad de ejercicio y procedencia de las mujeres).



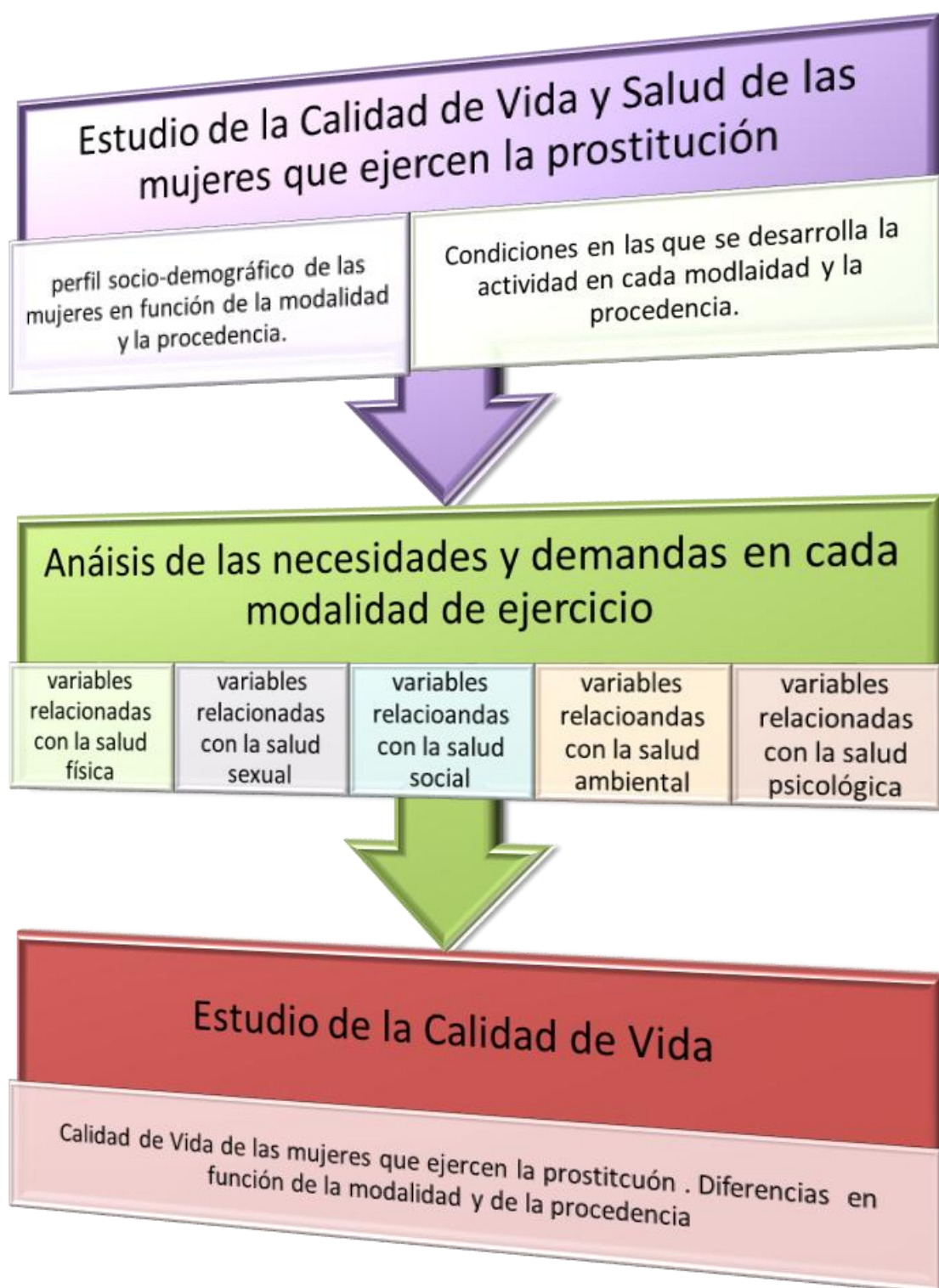


Figura 15: Partes en las que se divide el estudio sobre Prostitución y Calidad de Vida. Elaboración propia.

## CAPÍTULO V: OBJETIVOS E HIPÓTESIS

A continuación, presentamos los objetivos generales que se pretenden desarrollar en esta Tesis Doctoral, junto con las hipótesis de trabajo derivadas de cada uno de ellos. La finalidad del presente trabajo puede sintetizarse en cuatro objetivos principales:

### OBJETIVO 1.

Describir el perfil de las mujeres que ejercen la prostitución en una Comunidad Autónoma concreta, en este caso Asturias, planteando las características específicas para cada modalidad de ejercicio (prostitución de calle, piso y club) y las características específicas en función de la procedencia de las mujeres.

HIPÓTESIS 1.1. Las mujeres que ejercen la prostitución presentan un perfil socio –demográfico que varía en función de la modalidad de ejercicio.

HIPÓTESIS 1.2. Las mujeres que ejercen la prostitución presentan un perfil socio-demográfico que varía en función de la procedencia de las mujeres.

### OBJETIVO 2.

Describir las condiciones en las que se desarrolla la prostitución y analizar las diferencias en cada modalidad de ejercicio y las diferencias en función de la procedencia de las mujeres.

HIPÓTESIS 2.1. Las condiciones en las que se desarrolla la prostitución varían en función de la modalidad de ejercicio.

HIPÓTESIS 2.2. Las condiciones en las que se desarrolla la prostitución varían en función de la procedencia de las mujeres.

### OBJETIVO 3.

Analizar las variables relacionadas con diversos dominios de la Salud Física y analizar las diferencias en función de la modalidad de ejercicio y la procedencia de las mujeres.

HIPÓTESIS 3.1. A La Salud Física varían en función de la modalidad de ejercicio.

HIPÓTESIS 3.2. A La Salud Física varían en función de la procedencia de las mujeres.

### OBJETIVO 4.

Analizar las variables relacionadas con diversos dominios de la Salud Sexual y analizar las diferencias en función de la modalidad de ejercicio y la procedencia de las mujeres.

HIPÓTESIS 4.1. La Salud Sexual relacionada con el interés sexual, la capacidad de conseguir excitación, la capacidad de conseguir orgasmo y la satisfacción sexual global, varían en función de la modalidad.

HIPÓTESIS 4.2. La Salud Sexual relacionada con el interés sexual, la capacidad de conseguir excitación, la capacidad de conseguir orgasmo y la satisfacción sexual global, varían en función de la procedencia.

HIPÓTESIS 4.3. La repercusión de la prostitución en la Salud Sexual varía en función de la modalidad.

HIPÓTESIS 4.4. La repercusión de la prostitución en la Salud Sexual varía en función de la procedencia.

#### OBJETIVO 5.

Analizar las variables relacionadas con diversos dominios de la Salud Psicológica y analizar las diferencias en función de la modalidad de ejercicio y la procedencia de las mujeres.

Hipótesis 5.1. La Salud Psicológica (puntuación total del GHQ-28) de las mujeres que ejercen la prostitución es más baja que la población general.

Hipótesis 5.2. La Salud Psicológica, puntuación total del GHQ.28, varía en función de la modalidad de ejercicio.

Hipótesis 5.3. La Salud Psicológica, puntuación total del GHQ.28, varía en función de la procedencia de las mujeres.

Hipótesis 5.4. Las Dimensiones que componen la Salud Psicológica (GHQ.28) varían en función de la modalidad de ejercicio.

Hipótesis 5.5. Las Dimensiones que componen la Salud Psicológica (GHQ.28) varían en función de la procedencia de las mujeres.

#### OBJETIVO 6.

Analizar las variables relacionadas con diversos dominios de la Salud Social y analizar las diferencias en función de la modalidad de ejercicio y la procedencia de las mujeres.

HIPÓTESIS 6.1. El apoyo social percibido (escala Duke-Unc) de las mujeres que ejercen la prostitución es más bajo que la población general.

HIPÓTESIS 6.2. La variable Apoyo social percibido (escala Duke- Unc), relacionada con La Salud Social, varía en función de la modalidad de ejercicio.

HIPÓTESIS. 6.3. La variable Apoyo social percibido (escala Duke- Unc), relacionada con La Salud Social, varía en función de la procedencia de las mujeres.

HIPÓTESIS 6.4. Las Relaciones Familiares (Escala Apgar Familiar) de las mujeres que ejercen la prostitución son peores que las relaciones familiares de la población general.

HIPÓTESIS 6.5. La variable Relaciones Familiares (Escala Apgar Familiar), relacionada con La Salud Social, varía en función de la modalidad de ejercicio.

HIPÓTESIS 6.6. La variable Relaciones Familiares (Escala Apgar Familiar), relacionada con La Salud Social, varía en función de la procedencia de las mujeres.

## OBJETIVO 7.

Analizar las variables relacionadas con diversos dominios de la Salud Ambiental y analizar las diferencias en función de la modalidad de ejercicio y la procedencia de las mujeres.

HIPÓTESIS 7.1. El percibir la prostitución, como una actividad peligrosa varía en función de la modalidad de ejercicio.

HIPÓTESIS 7.2. El percibir la prostitución, como una actividad peligrosa varía en función de la procedencia.

HIPÓTESIS 7.3. El tipo de temores varía en función de la modalidad de ejercicio.

HIPÓTESIS 7.4. El tipo de temores varía en función de la procedencia.

HIPÓTESIS 7.5. Las mujeres que ejercen la prostitución han sufrido maltrato psicológico en mayor medida que maltrato físico y abusos sexuales y/o violaciones.

HIPÓTESIS 7.6. El maltrato psicológico varía en función de la modalidad de ejercicio.

HIPÓTESIS 7.7. El maltrato psicológico varía en función de la procedencia de las mujeres.

HIPÓTESIS 7.8. El maltrato físico varía en función de la modalidad de ejercicio.

HIPÓTESIS 7.9. El maltrato físico varía en función de la procedencia de las mujeres.

HIPÓTESIS 7.10. El haber sufrido abuso o violación varía en función de la modalidad de ejercicio.

HIPÓTESIS 7.11. El haber sufrido abuso o violación varía en función de la procedencia de las mujeres.

## OBJETIVO 8.

Analizar la Calidad de Vida de las mujeres que ejercen prostitución y si existen diferencias en función de la modalidad de ejercicio y la procedencia de las mujeres.

HIPÓTESIS 8.1. La Calidad de Vida de las mujeres que ejercen la prostitución es más baja que la Calidad de Vida de la población general.

HIPÓTESIS 8.2. La Calidad de Vida varía en función de la modalidad de ejercicio.

HIPÓTESIS 8.3. La Calidad de Vida varía en función de la procedencia de las mujeres.

HIPÓTESIS 8.4. Las Dimensiones que componen la Calidad de Vida varían en función de la modalidad de ejercicio.

HIPÓTESIS 8.5. Las Dimensiones que componen la Calidad de Vida varían en función de la procedencia de las mujeres.

# CAPÍTULO VI: MÉTODO

## **6.1. Diseño**

El presente estudio sobre la Calidad de Vida y Salud de las mujeres que ejercen la prostitución puede definirse como un estudio descriptivo transversal mediante encuestas (Montero y León, 2007); se ha utilizado una metodología selectiva y siguiendo un diseño transversal, ya que se han recogido los datos en un único momento temporal mediante una entrevista semiestructurada y diferentes escalas.

## **6.2. Participantes**

El último estudio realizado en Asturias sobre el número de mujeres que ejercen la prostitución en la Comunidad Autónoma del Principado (Fernández, 2007) estima que existe alrededor de 2.000 mujeres ejerciendo en las modalidades de calle, piso y club. Esta cifra es coincidente con los datos arrojados por otros estudios que analizan el volumen de personas que ejercen la prostitución en varias provincias o Comunidades del Estado Español, en concreto, el estudio del El Equipo de Investigación Sociológica (EDIS, 2004) que estima para Asturias unas 2.352 mujeres (2.201 que ejercen en club y 151 en calle) en el año 2001; el estudio sobre explotación sexual de González y Tirado (2006) estima para Asturias la cifra de 2.352 mujeres en el año 2005; el estudio de Emakunde (2007), a partir de los datos obtenidos del Gobierno Autonómico del Principado, estima para Asturias un total de 2.000 mujeres en el año 2004.

Teniendo en cuenta estos datos, hemos realizado una selección de la muestra de mujeres que componen el universo de mujeres que ejercen la prostitución en Asturias. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo incidental pero siguiendo unos determinados criterios. Entrevistamos a todas aquellas personas a las que tuvimos acceso y decidieron voluntariamente participar en el estudio tras la explicación de nuestros objetivos. Para ello, acudimos directamente a los lugares donde se ejerce prostitución en las modalidades de calle, piso y club en varias ciudades del centro de Asturias. Los criterios de selección han sido los siguientes:

1. Se recogieron datos de mujeres que ejercen la prostitución en varias ciudades de Asturias (en Oviedo, Gijón y Avilés) y siempre en proporción al número de mujeres estimado para cada ciudad en el estudio del Principado de Asturias (Fernández, 2007): las mujeres que ejercen en club

son el 62% de la muestra total, un poco más de la mitad ejercen en piso (el 35,4%) y de forma minoritaria (el 2,6%) ejercen en la calle.

2. Se realizaron entrevistas por cada uno de los siguientes grupos de nacionalidades: mujeres españolas y mujeres inmigrantes; y dentro de este último africanas, latinoamericanas y de Europa Oriental.

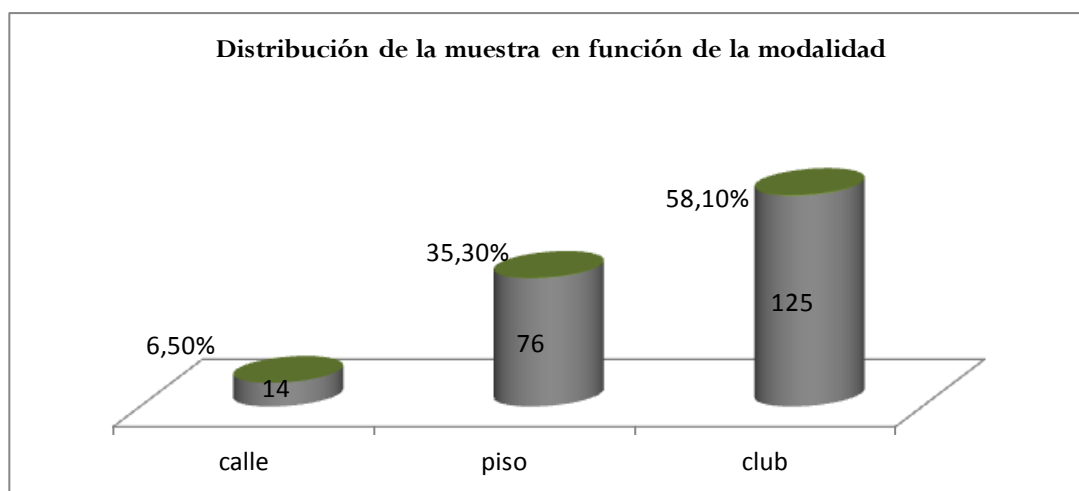
3. Las personas entrevistadas debían hablar castellano sin gran dificultad; en el caso de las Africanas Subsaharianas que no dominan del todo el castellano se ha intentado hacer la entrevista (algunos aspectos concretos) utilizando el inglés.

4. Las entrevistas se han realizado en su totalidad en el lugar de ejercicio de la prostitución: en los club y en los pisos; para hacer las entrevistas a las mujeres que ejercen en la calle se han utilizado otros espacios como los bares cercanos a la zona donde ejercen.

5. La muestra está compuesta por mujeres que ejercen prostitución femenina y se han descartado de la muestra hombres, transexuales o travestís que ejercen prostitución masculina, transexual, bisexual, etc.

6. Se recogieron datos de mujeres que ejercen prostitución en todas las modalidades (calle, piso y club) y se han descartado otros tipos de prostitución: de lujo, Scorts, pornografía, cabinas eróticas, etc.

Una vez aplicados los criterios, la muestra total del presente estudio está compuesta por 215 mujeres, el 10,75% del censo total de las mujeres que ejercen la prostitución en Asturias, estimadas en el último estudio sobre prostitución en el Principado (Fernández, 2007). La edad media de las mujeres que componen la muestra es de 30.86 años (D.T.=7.74), con un mínimo de 18 y un máximo de 53. La distribución de la muestra por modalidades es la siguiente: se han realizado 125 entrevistas a mujeres que ejercen en club (el 58.1 % de la muestra total); 76 entrevistas a mujeres que ejercen en piso el (el 35.3%); 14 entrevistas a mujeres que ejercen en la calle (el 6.5 %). (Ver figura 16).



*Figura 16: Distribución de la muestra según modalidad de ejercicio.*

En cuanto a la procedencia de la muestra la distribución es la siguiente: se han realizado un total de 189 entrevistas a mujeres inmigrantes, lo que representa el 87,90% de la muestra total y un total de 26 entrevistas a mujeres españolas, lo que representa el 12,09%. Consideramos que la distribución es adecuada y representativa si tenemos en cuenta las cifras que se ofrecen desde diferentes estudios a nivel nacional (Agustín, 2001; EDIS, 2004; Emakunde, 2007; González y Tirado, 2006; Informe de la Guardia Civil, 2002; Juliano, 2004) y en la Comunidad Autónoma del Principado (Fernández, 2004, 2007; Ojer et al., 2007); en los estudios referidos la distribución de las mujeres que ejercen la prostitución es entorno al 90% de inmigrantes y un 10% de españolas.

En la tabla 32 y al figura 17 en se expone la distribución de nuestra muestra, en función de la procedencia y la modalidad.



Distribución de la muestra de las mujeres que ejercen la prostitución en Asturias								
	<u>Investigación actual</u> N= 215				<u>Estudio sobre prostitución en Asturias</u> <u>(Fernández, 2007)</u> Muestra: 1.258			
Procedencia/ modalidad	Calle	Piso	Club	Total	Calle	Piso	Club	Total
Españolas	6	19	1	26 españolas (12,09%)	25	101	55	181 españolas (14,4%)
Inmigrantes	8	57	124	189 inmigrant. (87,90%)	8	345	724	1.077 inmigrant. (85,6%)
<b>Total</b>	14 que ejercen en calle	76 que ejercen en piso	125 que ejercen en club	N= 215 mujeres que ejercen	33 que ejercen en calle	446 que ejercen en piso	779 que ejercen en club	1.258 mujeres que ejercen
<b>Porcentaje según modalidad</b>	6,50%	35,30%	58,10%	100%	2,6%	35,4%	62%	100%

Tabla 32: Distribución de la muestra en función de la procedencia y modalidad de ejercicio.

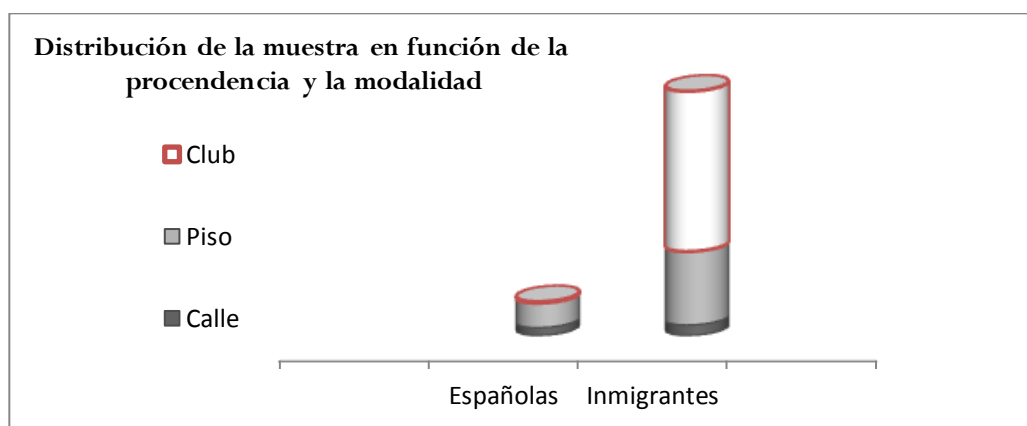
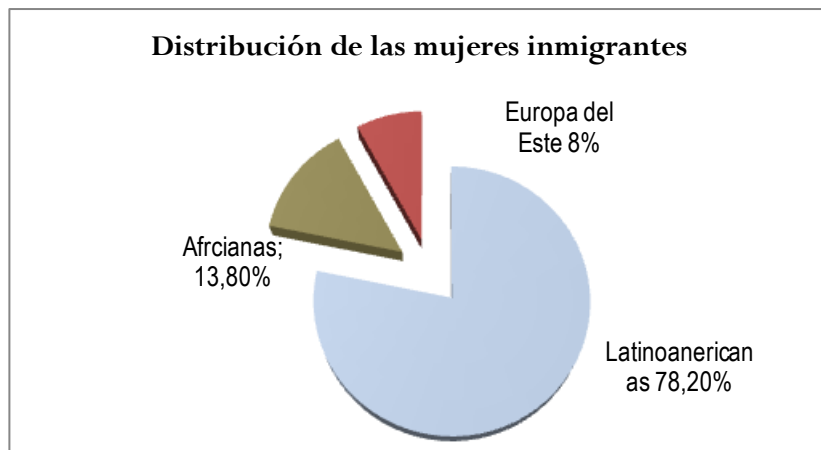


Figura 17: Distribución de la muestra en función de la procedencia y la modalidad.

La distribución de las nacionalidades de las mujeres inmigrantes se presenta en la figura 18. La mayoría de las mujeres inmigrantes proceden de Latinoamérica (78.2%), de las cuales el 37.7 % son Brasileñas, el 28.1 % Dominicanas y el 13.7 % Colombianas. Son originarias de Venezuela un 7.5% de las mujeres, de Ecuador un 6.2% y de Paraguay un 4.1%. Otros países como México, Chile, Argentina o Panamá constituyen el porcentaje restante (2.8%). Un 13.8 % proceden de África (Nigeria 73.1%; Guinea Ecuatorial 15.4 %; Argelia, Sierra Leona y Gabón son los países de procedencia del resto de las mujeres, que constituyen un 11,4%), mientras que un 8% son originarias de países pertenecientes a Europa occidental (Rumania 73.3 %; Moldavia 13.3%; y Ucrania y Lituania, ambas con el 6.7%).



*Figura 18: Distribución de la muestra de mujeres inmigrantes en función del país de origen.*

### 6.3. Variables e Instrumentos

A continuación pasamos a definir las variables y los instrumentos de medida utilizados en este estudio (tabla 33).

Variables	Dimensiones	Instrumentos de medida
Perfil socio-demográfico	Procedencia o nacionalidad Edad Estado civil Pareja actual Cargas familiares (hijos, número de hijos) Formación académica  En el caso de las mujeres inmigrantes se añaden las siguientes variables: Motivos para emigrar Espacio de tiempo en España Situación administrativa Formas de regularizar su situación Experiencia laboral Empadronamiento Posesión de tarjeta sanitaria	Entrevista Semi -estructurada
Condiciones relacionadas con el ejercicio de la prostitución	Modalidad Lugar de inicio en la prostitución Años de ejercicio Motivos para permanecer en el ejercicio Motivos para abandonar el ejercicio Ganancias mensuales Precio del servicio sexual Número de servicios sexuales al día Número de días de dedicación al ejercicio a la semana Número de horas al día de dedicación al ejercicio	Entrevista Semi -estructurada
Estilo de Vida y Salud Física	Percepción del estado de salud general Tener o haber padecido enfermedades Padecer ITS Controles médicos sobre el VIH Trastornos del sueño Hábitos de alimentación Hábitos de ejercicio o actividad física Consumo de drogas Consumo de alcohol Consumo de tabaco	Entrevista Semi -estructurada
Salud Sexual	Interés sexual Satisfacción sexual Capacidad para lograr el orgasmo Capacidad para lograr la excitación  Repercusión de la actividad en su sexualidad	Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachusetts (MGH). (Labbate y Lare, 2001)

Salud Psicológica	Ansiedad e insomnio Síntomas somáticos Disfunción social Depresión	GHQ-28 de Goldberg y Williams (1996). Cuestionario de salud general GHQ.
Salud Social	Apoyo Social Percibido Apoyo emocional y afectivo Apoyo Confidencial y comunicación	Cuestionario DUKE-UNC. (Bellón, Delgado, Luna y Lardelli, 1996a)
	Disfunción familiar	Cuestionario APGAR FAMILIAR (Bellón, Delgado, Luna y Lardelli, 1996b)
Salud Ambiental	Percepción de la actividad como peligrosa Temores más frecuentes relacionados con el entorno Malos tratos físicos Malos tratos psicológicos Sufrir abusos o violaciones sexuales	Entrevista Semi –estructurada
Calidad de Vida	Salud física Salud Psicológica Salud Social Salud Ambiental	WHOQOL BREF (OMS, 1996) Cuestionario de Calidad de Vida

Tabla 33: Variables e Instrumentos de Medida

### 6.3.1. Entrevista Semi-estructurada

Con el fin de conocer el perfil de las mujeres que ejercen la prostitución hemos diseñado una entrevista semi-estructurada (ver anexo I) que contiene las siguientes variables socio-demográficas:

- Datos identificativos: Nacionalidad. Edad. Estado Civil.
- Datos familiares: Si tienen pareja estable actualmente (se entiende por pareja estable, relación a partir de 6 meses). Si tienen hijos/as, etc.
- Datos sobre su formación académica. En esta variable se han recogido los años de estudio y obtención del título (de Primaria, Secundaria) para equiparar la disparidad de sistemas educativos en diversos países; para señalar la Formación Profesional se les preguntaba la edad de realización para comprobar si se habían realizado después de los estudios de Secundaria.

Para conocer el perfil de las mujeres inmigrantes se han añadido a la entrevista semi - estructurada preguntas relacionadas con los siguientes aspectos:

- País de procedencia.
- El tiempo de estancia en nuestro país medido en meses y después agrupado en dos variables (menos de tres años o más de tres años).
- Para indagar sobre los motivos para emigrar se les ofrecieron varias opciones y los resultados se presentan en porcentajes (número de veces que ha ido señalada la respuesta por la muestra de mujeres inmigrantes).
- Su situación administrativa actual en el país de acogida; esta variable presenta dos opciones: “tienen papeles” o “no tienen papeles”.
- Las que tienen situación regular se les ha preguntado las formas de regularizar su situación. Las opciones fueron las siguientes: a través de un contrato de trabajo; a través casamiento con un español; tienen visado de turista en vigor; han llegado a España a través del agrupamiento familiar.
- También se les ha preguntado sobre su disposición de documentos como el Empadronamiento y la Tarjeta Sanitaria.
- La experiencia laboral se les ha preguntado sobre el tipo de trabajos que han desempeñado, tanto en su país de origen como en el país de acogida.

Para conocer las condiciones en las que se desarrolla la actividad hemos incluido en la entrevista semi- estructurada las siguientes preguntas:

- La modalidad actual de prostitución (calle, piso, club).
- Lugar de inicio del ejercicio en el caso de las mujeres inmigrantes (si ha sido en su país de origen o en España).
- Espacio de tiempo que llevan ejerciendo la prostitución.
- Motivos por los que permanecen en la prostitución, para esta pregunta se les presentaron varias opciones y la elección podía ser múltiple; en los resultados se han recogido el porcentaje de cada elección (número de veces que ha sido señalada).
- Motivos para abandonar la prostitución. El procedimiento ha sido del mismo modo que la pregunta anterior.
- Aspectos relacionados con la actividad y las condiciones en las que se realiza el servicio sexual en cada modalidad (calle, piso o club): precio del servicio sexual; número de

clientes al día; horas de dedicación diaria; días de la semana de dedicación; ganancias mensuales;

Para analizar las Variables relacionadas con el estilo de Vida y Salud Física hemos incluido en la entrevista semi- estructurada las siguientes preguntas:

- El estado de salud percibido presentando las opciones; excelente, buena, regular y mala.
- Si tienen enfermedades importantes o las han padecido a lo largo de su Vida y se les ha pedido que indiquen el tipo de enfermedad.
- Si han padecido Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y cuáles han sido las más frecuentes.
- Si se hacen controles periódicos del VIH y con qué frecuencia acuden a las consultas médicas de las ITS (más de un año o menos de un año).
- Se les ha preguntado si tienen problemas de sueño y si es así que indiquen el tipo de trastorno (despertarse con frecuencia durante la noche; dormir pocas horas; problemas para conciliar el sueño; dormir demasiadas hora).
- También se ha analizado el número de veces que comen al día (desde las cinco recomendadas hasta una única comida al día). Entendemos por alimentación correcta aquella que respeta las 5, 4 o 3 comidas diarias distribuidas a lo largo de una jornada; alimentación incorrecta es cuando se hace solo 1- 2 comidas o se come sin horarios establecidos.
- Actividades físicas realizadas en el tiempo de ocio: Casi inactiva (leer, ver la TV, cine, arreglo personal....); Caminar o pasear; Actividad física en un gimnasio; Entrenamiento físico para un deporte.
- Hábitos de consumo de tabaco (si/no) y de alcohol (si/no); frecuencia de consumo de alcohol (diariamente, ocasionalmente, una vez al mes, 1-2 copas al día, 4-6 copas al día). Consumo de drogas inyectadas (si/no) y consumo de otro tipo de drogas ilegales (si/no).

Para evaluar la Salud Ambiental se han incluido en la entrevista semi –estructurada una batería de preguntas relacionadas con la seguridad personal (física y psicológica) en el ambiente de la prostitución. Los aspectos analizados han sido los siguientes:

- Percepción de la actividad como peligrosa (si/ no).
- Temores más frecuentes relacionados con el entorno.
- Si han sufrido malos tratos físicos en el entorno de la prostitución.

- Por parte de quién han sufrido maltrato físico (clientes, jefes, compañeras)
- Si han sufrido maltrato psicológico (humillaciones, insultos y/o discriminación).
- Por parte de quién han sufrido maltrato psicológico (clientes, jefes, compañeras)
- Si han sufrido abusos o violaciones sexuales en el entorno de la prostitución.

### **6.3.2. Cuestionario de Funcionamiento Sexual (MGH)**

Para la evaluación de la Salud Sexual se ha seleccionado el Cuestionario de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachusetts (MGH) de L.A. Labbate y S.B Lare (2001). Se trata de una escala auto-administrada de 5 ítems que explora 5 áreas de funcionamiento sexual:

- Interés sexual,
- capacidad de excitación,
- capacidad de lograr el orgasmo,
- capacidad de erección,
- satisfacción global.

Las opciones de puntuación de la escala son las siguientes:

- 1: Más de lo normal
- 2: Normal
- 3: Mínimamente disminuido
- 4: Moderadamente disminuido
- 5: Marcadamente disminuido
- 6: Totalmente ausente

Cada ítem se valora mediante una escala de 6 posibles respuestas, desde mayor funcionamiento de lo normal a ausencia total, que puntúan entre 1 y 6. El punto de corte establecido para la población general en cada ítem se sitúa en 2, donde  $< 2$  es normal y  $> 2$  es disfuncional. Cada área de funcionamiento sexual se evalúa por separado. El intervalo de tiempo que se explora corresponde al último mes. La versión española del cuestionario es de Bobes et al. (2002).

Dado que cada una de las áreas del funcionamiento sexual es independiente y se evalúa por separado, hemos sustituido la pregunta 4 (capacidad de erección y dirigida a la población de varones) por un área del funcionamiento sexual que puede verse afectada en la población de las

mujeres que ejercen la prostitución: “Grado de repercusión de la prostitución en la vida sexual privada”. Las opciones de respuesta son las siguientes:

- 1: No me afecta nada
- 2: Me afecta ligeramente (muy poco)
- 3: Me afecta moderadamente (algo)
- 4: Me afecta bastante
- 5: Me afecta mucho
- 6: Me afecta demasiado (totalmente)

Para evaluar la variable hemos optado por aplicar los mismos criterios que en la escala: el punto de corte establecido se sitúa en 2, donde  $< 2$  es normal y  $> 2$  es disfuncional. No obstante, la variable también se puede recodificar en dos valores: “me afecta” y “no me afecta” para analizar el porcentaje de mujeres que se sitúa en cada valor.

### **6.3.3. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)**

Para evaluar la Salud Psicológica se ha utilizado el Cuestionario de Salud General de Goldberg, en su versión de 28 ítems (GHQ-28), validado en población española por Lobo, Pérez-Echevarría y Artal (1986). Se trata de una prueba para la detección de malestar psíquico; la prueba se utiliza siempre como cribado o despistaje, pero nunca como diagnóstica; los ítems están organizados en cuatro grupos, los cuales dan lugar a cuatro sub-escalas que evalúan diferentes aspectos:

- Síntomas somáticos, (los ítems del 1 al 7)
- Ansiedad e Insomnio, (los ítems del 8 al 14)
- Disfunción social, (los ítems del 15 al 21)
- Depresión. (los ítems del 22 al 28)

De la muestra se deben obtener las puntuaciones medias en cada una de las escalas y una puntuación global correspondiente a la suma de las puntuaciones en cada una de ellas. Existen varias versiones de GHQ con mayor o menor número de preguntas. En todas ellas se pide a la persona que evalúe la ocurrencia de determinados cambios en sus sentimientos, comportamientos y estado de ánimo en las últimas semanas, según una escala de cuatro respuestas: “menos de lo habitual”, “no más de lo habitual”, “bastante más de lo habitual” y “mucho más de lo habitual”. La forma de



corrección más empleada, que es la que se ha utilizado en nuestro estudio, puntúa 0 en los dos primeros tipos de respuesta y puntúa 1 en los dos siguientes (0-0-1-1).

Como punto de corte para el GHQ se pueden considerar dos tipos de corte: el 4/5 (una puntuación igual o superior a 4 es indicativa de “caso probable” de malestar psicológico, con una sensibilidad del 88% y especificidad del 84,2%), y el punto de corte 5/6 (una puntuación igual o superior a 5 es indicativo de caso probable de malestar psicológico, con una sensibilidad del 80% y especificidad del 88,8%). En nuestro estudio, se pretende utilizar el punto de corte 5/6 y 6/7 dada la especificidad de la muestra en algunas variables asociadas a la salud (trastornos de sueño por el horario de nocturnidad en el caso de club y horario de 24 horas en el caso de pisos, consumo de drogas o alcohol en el caso de las mujeres españolas que ejercen en la calle, estrés psicosocial asociado a la inmigración en el caso de las mujeres inmigrantes con menos de un año en España, estigma social, etc.), criterio recomendado por Lobo y Muñoz (1996) en la validación de la escala. En nuestra muestra, se ha obtenido un  $\alpha$  de Cronbach para la prueba global de .92. Para las subescalas, oscila entre 0.71 (Síntomas somáticos) y 0.92 (Ansiedad e Insomnio).

Las razones para la elección del cuestionario GHQ-28 son las siguientes: Facilidad de cumplimentación al tratarse de un cuestionario breve que puede ser respondido en 10 minutos Alto grado de sensibilidad y especificidad en la detección de posibles problemas psicológicos. Existencia de numerosos estudios poblacionales en el colectivo de mujeres en diversos ámbitos.

#### **6.3.4. Cuestionario Apoyo Social Percibido (DUKE-UNC)**

La Evaluación del Apoyo Social Percibido o funcional se ha realizado a través del Cuestionario DUKE-UNC. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. Cuanta menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación  $< 32$ , para dividir a los sujetos en dos grupos (apoyo normal o bajo).

El cuestionario está validado en nuestro país (Bellón, Delgado, Luna y Lardelli, 1996a) y consta de 11 ítems que permiten conocer las siguientes variables:

- el apoyo total percibido
- el apoyo emocional o afectivo (demostración de cariño y empatía)
- el apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas con las que comunicarse).

Este instrumento utiliza una escala Likert, puntuando de 1 (mucho menos de lo que deseo) a 5 (tanto como deseo). La puntuación máxima para el cuestionario es de 55 y mínima 11; la media para la escala total es de 33; los valores que estén por debajo de 33 se considera bajo apoyo social percibido. En las subescalas, los valores son los siguientes: para el apoyo emocional y afectivo la media es de 15 (puntuación máxima 25 y mínima 5) y para la escala de apoyo confidencial la media es 18 (máxima 30 y mínima 6).

En el estudio de validación española los autores hallan una consistencia interna de 0,90; la consistencia interna hallada en nuestra muestra es incluso superior ( $\alpha = .92$ )

### **6.3.5. Cuestionario APGAR familiar**

La evaluación de la disfunción familiar se ha realizado través del Cuestionario APGAR FAMILIAR (Bellón, Delgado, Luna y Lardelli, 1996b) validado en poblaciones españolas; determina el grado de satisfacción que percibe el encuestado con respecto a la función familiar; consta de 5 ítems:

- Adaptabilidad o capacidad de movilizar recursos;
- Cooperación o capacidad de participación;
- Desarrollo o capacidad de apoyar en la maduración física, emocional y la autorrealización;
- Afectividad o expresión de cariño;
- Capacidades de resolución o compromiso de dedicar tiempo a la familia.

Cada pregunta se evalúa con un valor de 0 (casi nunca) a 2 (casi siempre) sobre una escala de Likert, obteniéndose al final un índice entre 0 y 10.

Se clasifican las relaciones familiares en normofuncionales ( $>6$ , de 7 a 10 puntos) y disfuncionales ( $\leq 6$ , de 0 a 6 puntos); dentro de los disfuncionales hay dos categorías: disfuncionales graves (de 0 a 2 puntos) y disfuncionales leves (de 3 a 6 puntos).

En la validación española se ha obtenido una buena consistencia interna (alfa Cronbach 0,84); en nuestro estudio se ha obtenido un  $\alpha$  de Cronbach de 0.83.

### 6.3.6. Cuestionario Calidad de Vida WHOQOL-BREF

La OMS define Calidad de Vida en los siguientes términos: “es la percepción del individuo de su posición en la Vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto amplio que incorpora, de forma compleja, la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el ambiente y las creencias personales” (Lucas, 1996, p.8)

La Calidad de Vida la evaluamos mediante el cuestionario WHOQOL-BREF, una versión resumida del WHOQOL-100, creado por la OMS en 1996 y adaptado por Ramona Lucas en su versión española (Lucas, 1996). Es una medida multidimensional y subjetiva de la Calidad de Vida basada en la definición de la OMS sobre este constructo (WHOQOL Group, 1994).

Contiene 24 ítems y muestra altas correlaciones con la versión larga de 100 ítems, que van de .89 (área 3 Relaciones Sociales), a .95 (área 1 Salud Física). Es un instrumento construido a nivel internacional de manera que puede ser usado transculturalmente.

Consta de 4 áreas o dominios que se han recogido en la tabla 34. Las respuestas se dan en una escala tipo Likert de 5 puntos (1- Nada/Muy mal a 5- Extremadamente/Muy bien).

Dominios	ítems	Áreas
Salud Física	7	Dolor, energía, sueño, movilidad, Actividad, medicación, trabajo.
Salud Psicológica	6	Sentimientos positivos y negativos, pensamiento, Autoestima, imagen corporal, espiritualidad.
Salud Social	3	relaciones, apoyo, actividad sexual
Salud Ambiental	8	seguridad, hogar, economía, servicios, información, ocio, ambiente transporte

Tabla 34: Dimensiones de la Calidad de Vida (WHOQOL Group, 1994).

En España fue validado en una muestra de Barcelona, y su consistencia interna, medida con  $\alpha$  de Cronbach, varía entre .74 (área 2 Salud Psicológica) y .80 (área 1 Salud Física) (Lucas, 1996). En nuestra muestra la consistencia interna fue también buena ( $\alpha$  de Cronbach .91).

#### **6.4. Procedimiento**

*Aplicación del cuestionario:* las entrevistas se realizarán de manera sistemática entre las mujeres que se encuentren en los lugares del ejercicio de la prostitución, en calle, piso y club.

El acceso a los lugares de ejercicio se realizó a través de los Programas de Acercamiento que desarrollan las ONG relacionadas con la prostitución en Asturias; los programas se desarrollan generalmente de noche en el caso de los club, alrededor de las 22 horas, en los pisos suele ser por la tarde, entre las 16 y las 18 horas y en la calle para la realización de las entrevistas se acudió de madrugada los fines de semana. La duración media de cada entrevista ha sido de una hora aproximadamente, en la mayoría de los casos ha sido heteroadministrada.

Las mujeres han sido informadas sobre el estudio, sus características y su intencionalidad. El consentimiento para participar en el estudio se ha obtenido de manera oral dadas las reticencias de las mujeres a firmar documentos y su deseo de preservar el anonimato. Para la aplicación del cuestionario también se solicitó el permiso a los dueños/as o encargados de los locales (en el caso de los club y pisos) con el fin de evitar molestias a los clientes o al local.

La estructura de la entrevista y aplicación de los cuestionarios ha sido la siguiente: en un primer momento se les ha preguntado sobre datos socio- demográficos, en el caso de las mujeres inmigrantes se les preguntó además sobre su proceso migratorio, los motivos para venir a España, la situación actual en España, etc. A continuación se les ha preguntado sobre las condiciones en las que se desarrolla la actividad y todas las preguntas relacionadas con la Salud Ambiental del entorno de la prostitución; después se les ha pasado la batería de preguntas relacionadas con la Salud Física y Salud Sexual, en este apartado estaba incluido el Cuestionario de de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachusetts (MGH). A continuación se les aplicaba el Cuestionario GHQ 28 para la valoración de la Salud Psicológica; para la valoración de su Salud Social se les ha aplicado dos cuestionarios seguidos, primero el Cuestionario de Apoyo Social Percibido y después el APGAR Familiar. Para finalizar la entrevista se les ha aplicado la Escala de Calidad de Vida (WHOQOL BREF). La estructura de la entrevista se ha recogido en el Anexo.

## **6.5. Análisis estadísticos**

En primer lugar se realizó el estudio descriptivo univariado de las características demográficas de la muestra. El examen se realizó tanto para el total de la muestra como teniendo en cuenta las diferencias respecto al lugar de trabajo (piso, club, calle) y su lugar de procedencia (Latinoamericanas, Africanas, Europa oriental y Europa Occidental). Se examinaron las frecuencias y los porcentajes de todas las variables cualitativas, y las medias, desviaciones típicas, medianas, coeficiente de variación y distribución de las puntuaciones (examen de normalidad) en todas las variables cuantitativas. Se examinaron las correlaciones entre algunas variables cuantitativas que resultaron de interés.

Con posterioridad, y con ánimo de poner a prueba las hipótesis que daban cobertura a los objetivos planteados se llevaron a cabo distintos tipos de estadísticos inferenciales, unos paramétricos y otros no paramétricos. Para poner a prueba diferencias de medias entre grupos se utilizó el estadístico F de Fisher o la *t* de Student cuando se satisfacían la validez de las asunciones de normalidad y homogeneidad. Cuando no se satisfacía la normalidad se analizaron mediante la prueba no paramétrica de Mann-Whitney o de Kruskal-Wallis (dependiendo del número de grupos sometidos a comparación). Cuando la homogeneidad de varianzas no se satisfizo (mediante el estadístico de Levene) se utilizó el estadístico de Brown-Forsythe. Se examinó la magnitud de la asociación mediante el estadístico  $\eta^2$  indicativo del tamaño del efecto y la potencia de prueba. Con respecto al tamaño del efecto se ha considerado pequeño si fue inferior a 0,25, mediano si fue mayor de 0,25 y menor de 0,40, y grande si fue superior a 0.40 (a pesar de que Cohen consideró que los tamaños del efecto 0,2; 0,5 y 0,8 son pequeños, moderados y grandes respectivamente, es habitual considerar en investigaciones donde se ejerce un escaso control o investigaciones exploratorias los parámetros que aquí se consideran, como por ejemplo hacen González-Pienda, Álvarez, González-Castro, Núñez, Bernardo y Álvarez (2008). En aquellos casos en que se comparaban más de tres grupos y las diferencias fueron estadísticamente significativas se examinaron las comparaciones múltiples mediante el estadístico de Tukey.

El estudio de la relación entre dos cualesquiera variables nominales se realizó mediante Tablas de Contingencia. Examinamos el estadístico  $\chi^2$  y su probabilidad asociada. Cuando la frecuencia en algún cruce de niveles fue inferior a lo exigido por el estadístico  $\chi^2$  se examinó la probabilidad exacta de Fisher. La magnitud de la relación se expresó mediante el Coeficiente de Contingencia o mediante *Phi* (dependiendo de la dimensión de la Tabla).

Es destacable que el grupo referido a las mujeres que ejercen en la modalidad de calle no formaron parte de ningún estadístico inferencial debido a la escasa participación en esta

investigación. Este subgrupo sólo se estudia a nivel exclusivamente descriptivo. También destacamos que, cuando se estudian las variables de interés de modo independiente para cada lugar de trabajo, dentro de las personas de Piso sólo se comparan las de América Latina con las de Europa Occidental, debido a que de África sólo hay dos personas y de Europa oriental hay cuatro. Del mismo modo, cuando se somete a comparación el grupo de las que trabajan en Club, únicamente se comparan Las Latinas, Africanas y de Europa Oriental debido a que de Europa Occidental sólo hay una persona. De otra parte, las diferencias entre piso-club teniendo en cuenta el lugar de procedencia de estas personas sólo puede hacerse con respecto a la Latinoamericanas. Por este motivo, el examen de muchas variables (en cuanto a la diferencia entre piso y club) se ha realizado sin tener en cuenta el lugar de procedencia. Y también por ese motivo, alguna tabla de contingencia no ha podido realizarse al quedar algún cruce de niveles entre variables sin muestra o muy inferior a 5 unidades.

El análisis de los datos se ha llevado a cabo con el paquete estadístico PASW.18 y el nivel de significación se ha establecido *a priori* en 0.05.

# CAPÍTULO VII: RESULTADOS

A continuación vamos a presentar los resultados organizados en 8 apartados, según las variables que hemos decidido analizar: variables socio –demográficas; variables asociadas a la prostitución; Salud Física; Salud Sexual; Salud Psicológica; Salud Social; Salud Ambiental y Calidad de Vida.

La exposición de los resultados se ajustará a la siguiente estructura:

- En primer lugar, se presentarán los datos obtenidos en cada una de las variables analizadas en la modalidad piso y club; en este mismo apartado, se adjunta un cuadro descriptivo de las variables en función de la modalidad de ejercicio (piso y club) y en función de la procedencia de las mujeres en cada una de las modalidades (latinoamericanas, africanas, europeas occidentales (españolas y portuguesas) y europeas orientales).
- En segundo lugar, los datos obtenidos por el grupo de mujeres que ejercen en la modalidad de calle. Este subgrupo sólo se estudia a nivel exclusivamente descriptivo dado el número tan pequeño de la muestra y dada su especificidad. Realmente la muestra está compuesta tan sólo por 14 mujeres, de las cuales, 6 son españolas con graves problemas de salud y sociales, y por otro lado, 8 mujeres de subsaharianas, que tienen otro perfil muy específico. El grupo de mujeres que ejercen la prostitución de calle no es comparado con los otros dos grupos, mujeres que ejercen prostitución de piso y de club.
- En tercer lugar, se presentan las variables que han resultado significativas en los contrastes estadísticos; los contrastes se han realizado en función de la modalidad (piso y club) y en función de la procedencia de las mujeres que ejercen en estas dos modalidades.

## **7.1. Variables Socio- demográficas de las mujeres que ejercen la prostitución.**

### **7.1.1. Variables Socio- demográficas en la modalidad piso y club.**

#### **Edad:**

La edad media de la muestra total es 30,86 (D.T.=7.74, mínimo 18 y máximo de 53). El análisis por modalidad no arroja ningún dato significativo; la distribución de las edades es similar en club y piso. Sin embargo, si hacemos un análisis por procedencia de las mujeres dentro de cada modalidad de ejercicio, los resultados nos confirman que en el club existe una variabilidad mayor; el grupo de mujeres más jóvenes son las europeas orientales ( $\bar{X} = 22,64$ ), y las más mayores las latinas ( $\bar{X} = 32,75$ ).

#### **Cargas Familiares:**

De la muestra total de mujeres entrevistadas tienen hijos el 69,4% de las mujeres, la mediana es 2 hijos. Si tenemos en cuenta la procedencia y la modalidad de ejercicio los resultados son los siguientes:

Dentro de la modalidad de club, las cargas familiares son más altas para las mujeres procedentes de Latinoamérica, ya que tienen hijos el 81,2 %, frente al 27,3% las mujeres de Europa Oriental ó al 50% de las africanas. En la modalidad de piso, la tendencia es similar; son las mujeres latinoamericanas las que más cargas tienen: un 77,6% tienen hijos, frente a un 37,9% en las mujeres europeas occidentales.

Si analizamos sólo los datos de las mujeres latinas, constatamos que hay diferencias en función de la modalidad; las que ejercen en piso, tienen mayores cargas familiares, ya que el 53% de las mujeres tienen 2 o más hijos; sin embargo, para las mujeres latinas que ejercen en club, esta cifra es más baja, tienen 2 o más hijos el 41.6%.

#### **Estado civil:**

Analizando a las mujeres por modalidad de ejercicio, encontramos que existe un porcentaje menor de casadas en el grupo de mujeres que ejercen en club (9,5%), frente a las mujeres que ejercen en piso, cuya cifra es tres veces mayor (31,4%). En función de la procedencia, dentro de la modalidad piso, observamos que el grupo de mujeres de Europa Occidental son las que tiene un porcentaje menor de casadas (15,8%) y a su vez, son el grupo con mayor porcentaje de divorciadas o viudas (21,1%). Si nos fijamos en la modalidad club, destaca que el 90,9% de las europeas orientales y el 81,3% de las africanas están solteras, frente a las mujeres latinas (68,4%).



Calidad de Vida y Salud de las mujeres que ejercen la prostitución

Variables Socio- demográficas		PISO n = 76								CLUB n = 124							
		Latinoamérica n = 51		África n = 2		Europa oriental n = 4		Europa occidental n = 19		Latinoamérica n=96		África n=16		Europa oriental n=11		Europa occidental n=1	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NÚMERO DE HIJOS	0	11	22,4	2	100	1	25	8	42,1	19	19,8	8	50	8	72,7	1	100
	1	12	24,5	-	-	2	50	6	31,6	37	38,5	3	18,8	2	8,2	-	-
	2	13	26,5	-	-	1	25	3	15,8	25	26	1	6,3	-	-	-	-
	3	12	24,5	-	-	-	-	2	10,5	12	12,5	2	12,5	-	-	-	-
	4 o más	1	2	-	-	-	-	-	-	3	3,1	2	12,6	1	9,1	-	-
ESTADO CIVIL	Solteras	28	54,9	2	100	3	75	12	63,2	65	68,4	13	81,3	10	90,9	-	-
	Casadas	16	31,4	-	-	1	25	3	15,8	9	9,5	3	18,8	-	-	-	-
	Separadas, divorciadas o viudas	7	13,7	-	-	-	-	4	21,1	21	22,1	-	-	1	9,1	-	-
TIENEN PAREJA	SI	30	60	2	100	2	50	16	84,2	41	42,7	12	75	6	54,5	-	-
	NO	20	40	-	-	2	50	3	15,8	55	57,3	4	25	5	45,5	1	100
ESTUDIOS FINALIZADOS	Sin estudios	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,0	-	-	-	-	-	-
	Primarios	15	29,4	-	-	2	50	9	47,4	37	38,5	7	43,8	8	72,7	1	100
	Secundarios	31	60,8	2	100	2	50	5	26,3	39	40,6	8	50,0	2	18,2	-	-
	Profesionales	4	7,8	-	-	-	-	5	26,3	12	12,5	1	6,3	1	9,1	-	-
	Universitarios	1	2,0	-	-	-	-	-	-	7	7,3	-	-	-	-	-	-

		PISO n = 76								CLUB n = 124							
Variables		Latinoamérica n = 51		África n = 2		Europa oriental n = 4		Europa occidental n = 19		Latinoamérica n=96		África n=16		Europa oriental n=11		Europa occidental n=1	
Socio- demográficas		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TIEMPO DE ESTANCIA	Menos de 3 años	24	47,1	1	50	-	-	-	-	54	56,3	4	25	10	90,9	-	-
EN ESPAÑA (inmigrantes)	Más de 3 años	27	52,9	1	50	4	100	-	-	42	43,8	12	75	1	9,1	-	-
SITUACIÓN LEGAL (inmigrantes)	SI	34	68	1	50	3	75	-	-	56	59,6	8	50	7	63,6	-	-
	NO	16	32	1	50	1	25	-	-	38	40,4	8	50	4	36,4	-	-
REGULARIZACIÓN (inmigrantes)	Contrato	15	44,1	-	-	2	66,7	-	-	20	35,7	1	12,5	4	57,1	-	-
	Turista	2	5,9	-	-	-	-	-	-	7	12,5	-	-	3	42,9	-	-
	Matrimonio	6	17,6	-	-	-	-	-	-	6	10,7	2	25	-	-	-	-
	Reagrupamiento	1	2,9	-	-	-	-	-	-	7	12,5	-	-	-	-	-	-
	No específica	10	29,4	1	100	1	33,3	-	-	16	28,6	5	66,5	-	-	-	-
EMPADRONAMIENTO (inmigrantes)	SI	46	90,2	2	100	4	100	-	-	75	78,9	13	81,3	2	18,2	-	-
	NO	5	9,8	-	-	-	-	-	-	20	21,1	3	18,8	9	81,8	-	-
TARJETA SANITARIA (inmigrantes)	SI	40	78,4	2	100	4	100	-	-	31	32,6	12	75	2	18,2	-	-
	NO	11	21,6	-	-	-	-	-	-	64	67,4	4	25	9	81,8	-	-

n: número de sujetos de la muestra; N: número de casos; %: porcentaje

Tabla 35: Datos descriptivos de las variables socio- demográficas cualitativas en la modalidad piso y club.

Calidad de Vida y Salud de las mujeres que ejercen la prostitución

<b>PISO</b>																				
<b>n = 76</b>																				
<b>Variabes Socio-demográficas</b>	Latinoamérica n = 51					África n = 2					Europa oriental n = 4					Europa occidental n = 19				
	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME
EDAD	30,65	6,991	18	48	30	23,50	0,707	23	24	23,50	31,50	5.568	24	37	32,50	31,58	9.952	19	50	30
ESTANCIA EN ESPAÑA(meses) (inmigrantes)	50,04	40,123	1	154	48	24,5	24,749	7	42	24.50	60	9,798	48	72	60	-	-	-	-	-

<b>CLUB</b>																				
<b>n = 124</b>																				
	Latinoamérica n=96					Africa n=16					Europa oriental n=11					Europa occidental n=1				
	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME
EDAD	32,75	7,671	19	53	33	27.63	6,302	20	41	26	22,64	4,653	18	31	20	-	-	-	-	-
ESTANCIA EN ESPAÑA (meses) (inmigrantes)	45,79	47,288	1	216	30.50	61,25	29,704	5	96	72	18,27	19,612	1	72	12	-	-	-	-	-

n: número de sujetos de la muestra;  $\bar{X}$  : media; D.T.: desviación típica; Min: Mínimo; Max: Máximo; ME: mediana.

Tabla 36: Datos descriptivos de las variables socio- demográficas cuantitativas en la modalidad piso y club.

<b>PISO</b> <b>n = 76</b>												
<b>Variabes Socio- demográficas</b>	Latinoamérica n = 51			África n = 2			Europa oriental n = 4			Europa occidental n = 19		
	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.
EDAD	30,65	6,991	22,80	23,50	0,707	2,97	31,50	5,568	17,65	31,58	9,952	31,50
ESTANCIA EN ESPAÑA (meses) (inmigrantes)	50,04	40,123	80,17	24,5	24,749	100,97	60	9,798	16,31	-	-	-
<b>CLUB</b> <b>n = 124</b>												
	Latinoamérica n=96			África n=16			Europa oriental n=11			Europa occidental n=1		
	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.
EDAD	32,75	7,671	23,41	27,63	6,302	22,80	22,64	4,653	20,53	-	-	-
ESTANCIA EN ESPAÑA (meses) (inmigrantes)	45,79	47,288	103,25	61,25	29,704	48,48	18,27	19,612	107,33	-	-	-

*n: número de sujetos de la muestra;  $\bar{X}$  : media; D.T.: desviación típica; C.V.: coeficiente de variación.*

Tabla 37: Coeficiente s de Variación de las variables socio- demográficas.

En la tabla 37 se muestra los coeficiente de variación de las variables socio-demográficas; como se constata en la tabla, la edad de las mujeres de Europa Oriental que ejercen en piso es más variables que las mujeres de otras nacionalidades; en el caso de las mujeres que ejercen en club, la variabilidad en las edades es semejante.

En cuanto al tiempo que llevan en España, medido en meses, existe una gran variabilidad en todas las nacionalidades, tanto en piso como en club; los grupos de mujeres de Europa Oriental que ejercen en piso y las mujeres africanas que ejercen en club son los que tienen una menor variabilidad.

#### **Pareja estable:**

Tienen pareja estable en mayor medida las mujeres que ejercen en piso frente a las de club.

Entre el grupo de mujeres que ejercen en piso, destaca que la mayoría de las europeas occidentales tienen pareja (84,2%) frente a las latinas (60%).

Entre el grupo de mujeres que ejercen en la modalidad club, destacan las mujeres africanas, que tienen pareja el 75% de las mujeres frente a las latinas (42,7%) y las de Europa Oriental (54,5%).

### **Formación:**

En la muestra total de mujeres entrevistadas un 41.4% han completado estudios primarios y un porcentaje similar, un 43.7%, poseen estudios secundarios. Sólo una mujer declaró no tener estudios (0.5%); un 10.7% han recibido formación profesional y un 3.7% poseen titulación universitaria.

Sin tener en cuenta la modalidad y la procedencia los resultados son los siguientes:

- las mujeres más formadas son las que ejercen en piso frente a las de club;
- dentro de la modalidad de piso, las mujeres más formadas son las latinas (60,8% tienen estudios secundarios) frente a las españolas o portuguesas (47,4% tienen estudios primarios);
- dentro de la modalidad de club, las mujeres con niveles más bajos de formación son las europeas orientales (72,7% tienen estudios primarios) frente a las latinas y las africanas (cerca de la mitad de cada grupo de mujeres tiene estudio secundarios).

### **Tiempo en España:**

No existen diferencias si se comparan las mujeres por modalidad, en ambos grupos la media medida en meses es similar.

Sin embargo, si tenemos en cuenta la procedencia observamos que en el club hay una gran variabilidad: las mujeres del Este son las que en mayor medida llevan menos tiempo en España (la media es de 18,27 meses); las más asentadas en España son las africanas que ejercen en club (más de 3 años); en cuanto a las latinas, más de la mitad de la muestra lleva menos de 3 años y el resto, más de 3 años.

### **Motivos para iniciar el viaje migratorio:**

Los datos para el total de la muestra de mujeres inmigrantes entrevistadas son los siguientes: “Por problemas económicos graves”, con un 75.6%. Las siguientes, en este orden, fueron “Por cambiar de vida” (36.7%), “Por decisión propia” (13.3%) y “Por problemas familiares (malos tratos, amenazas, etc.)” (8.3%).

Si tenemos en cuenta la modalidad y la procedencia los resultados son los siguientes (tabla 38):

Motivos para emigrar (mujeres inmigrantes)	Porcentaje de casos					
	Piso= 76			Club= 124		
	Latinas n=51	Africanas n= 2	Europa Oriental n= 4	Latinas n= 96	Africanas n=16	Europa oriental n=11
Problemas económicos graves	74,0	50,0	50,0	73,4	86,7	90,9
Cambio de vida, de trabajo	56,0	50,0	25,0	35,1	20,0	36,4
Problemas políticos	10,0	-	-	8,5	13,4	-
Problema familiar (violencia)	4,0	50,0	-	7,4	13,3	9,1
Por decisión propia	24,0	-	-	7,4	-	18,2
Por viajar y conocer España	4,0	-	-	6,4	6,7	-
Otros causas	18,0	-	25,0	21,3	6,7	27,3

Tabla 55: Motivos para iniciar el viaje migratorio

Los motivos más señalados siguen siendo los problemas económicos y el cambio o mejora de vida. Los problemas familiares como la violencia de género son señalados en mayor proporción en el caso de las mujeres africanas que ejercen en club y en piso.

En la modalidad de piso, destaca que las mujeres latinas marcan en mayor proporción la decisión de viajar por voluntad propia, que las mujeres latinas que ejercen en la modalidad club.

En el caso de las africanas que ejercen en club destaca la proporción de casos sobre motivos políticos o sociales.

### Situación Legal en nuestro país:

Los datos para la muestra total de mujeres inmigrantes entrevistadas son los siguientes: el 59% se encuentra residiendo legalmente en nuestro país, frente al 41% que lo hace de forma irregular, ya sea por no tener “papeles”, permiso de trabajo, permiso de residencia, o estar en trámites de regular su situación, etc. (Ver figura 19).



Figura 19: Situación administrativa de la muestra total.

Si analizamos los datos en función de la modalidad y la procedencia los resultados son los siguientes: las mujeres que ejercen en piso están en situación regular en mayor medida que las mujeres que ejercen en club; si analizamos los datos en función de la procedencia de las mujeres que ejercen en club no hallamos diferencias importantes: las mujeres de cada continente tienen una situación regular en porcentajes similares.

### Regularización:

Para conocer las formas de regularizar su situación actual se les ha preguntado a las mujeres inmigrantes los medios diferentes para lograrlo; los resultados en función de la modalidad son los siguientes: tanto las de piso como las de club regularizan su situación principalmente a través de los contratos de trabajo.

Sin embargo, si tenemos en cuenta la procedencia, constatamos grandes diferencias entre las mujeres que ejercen en club:

- las mujeres de Europa Oriental son principalmente turistas (42,9%); durante la entrevista tienen visado en regla y por lo tanto no son ilegales; esta vía es inexistente en el grupo de las africanas y tan sólo un tercio de las mujeres latinas señalan esta vía:
- El casamiento con un español es señalado en mayor medida por las mujeres africanas (25%) y las latinas (12,5%), sin embargo esta vía no es señalada por las mujeres de Europa Oriental.

### **Empadronamiento:**

La mayoría de las mujeres que ejercen tanto en piso como en club están empadronadas (documento que acredita el tiempo de permanencia en territorio español, independientemente de su nacionalidad o de su situación legal, el requisito es tener una residencia)

Las mujeres que ejercen en la modalidad de piso están en mayor medida empadronadas que las de club.

Si tenemos en cuenta la procedencia llaman la atención los siguientes datos: la mayoría de las mujeres latinas y africanas están empadronadas, sin embargo tan solo el 18,2% de las mujeres del Este lo están, este hecho se relaciona directamente por su situación administrativa en nuestro país; las mujeres del Este son turistas, con visado en vigor y con menor tiempo de estancia en nuestro país, por este motivo, no se empadronan.

### **Tarjeta sanitaria:**

Los datos sobre el empadronamiento son coincidentes con la obtención de la tarjeta sanitaria., ya que normalmente, el empadronamiento se realiza para conseguir el acceso gratuito a los servicios de salud pública (la tarjeta sanitaria gratuita del INSALUD se obtiene en el centro de salud de la zona y el requisito es presentar la tarjeta de empadronamiento, independientemente de la situación legal).

Las mujeres del Este, son el grupo de mujeres que menor medida tienen tarjeta sanitaria (18,2%) y por lo tanto acceso a los recursos públicos; este dato está relacionado directamente con los anteriores; son el grupo de mujeres que en mayor medida viven en nuestro país como turistas, sin empadronamiento y por lo tanto sin tarjeta sanitaria.

### **Experiencia laboral país de origen**

Las mujeres han trabajado en diversos empleos en su país de origen (ver tabla 39). Las latinas, tanto las que ejercen en piso como las que ejercen en club, han trabajado principalmente como dependientas, en oficinas, en trabajos relacionados con la estética, o la industria. Sin embargo, las latinas de piso han trabajado en mayor proporción que las latinas de club, en el servicio doméstico o como amas de casa. También se destaca que entre las mujeres de piso, se señala en mayor proporción “ser estudiante”, que entre las mujeres que ejercen en club.



Porcentaje de casos						
Tipo de trabajos en país de origen (inmigrantes)	Piso= 76			Club= 124		
	Latinas n=51	Africanas n= 2	Europa Oriental n= 4	Latinas n= 96	Africanas n=16	Europa oriental n=11
comercio	22,2	-	-	26,1	25,0	42,9
oficina	19,4	-	-	17,4	8,3	-
peluquería	16,7	-	-	13,0	25,0	14,3
industria	2,8	-	-	11,6	-	14,3
Negocio propio	5,6	-	50,0	10,1	-	-
Servicio doméstico	30,6	-	-	8,7	8,3	14,3
Corte y confecc	5,6	-	50,0	7,2	8,3	-
Ama de casa	11,1	-	-	4,3	-	-
estudiante	8,3	100	-	4,3	-	-
maestra	2,8	-	-	4,3	-	-
otros	14,0	-	-	18,7	33,3	14,3

Tabla 39: Experiencia laboral país de origen

Si realizamos un conteo del número de trabajos que han realizado en su país de origen, los resultados son los siguientes (tabla 40):

Número de trabajos que han realizado en su país de origen (inmigrantes)	Piso= 76						Club= 124					
	Latinas n=51		Africanas n= 2		Europa Oriental n= 4		Latinas n= 96		Africanas n=16		Europa oriental n=11	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	11	22	1	50	3	100	18	18.8	4	25	4	36.4
1	29	58	-	-	-	-	56	58.3	10	62.5	6	54.5
2	6	12	1	50	-	-	15	15.6	2	12.5	1	9.1
3	2	4	-	-	-	-	6	6.3	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
5	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

n: número de sujetos de la muestra. N: número de casos. %: porcentaje

Tabla 40: Conteo del número de trabajos que han realizado en su país de origen

Como se puede apreciar en la tabla, la mitad de las mujeres (entre el 62% y el 54%) de cada nacionalidad y cada modalidad han señalado un puesto de trabajo; en torno al 10% de cada grupo de mujeres han señalado dos puestos de trabajo; tan sólo el 6,3% de las mujeres latinas que ejercen en club han señalado 3 puestos de trabajo.

### **Experiencia laboral en España**

En cuanto a la experiencia laboral de las mujeres inmigrantes en España, se constata que las mujeres se insertan en el mercado laboral principalmente a través del Servicio Doméstico (ver tabla 41), sin embargo, cabe destacar, que ninguna ha señalado la Hostelería o el cuidado de personas.

<b>Porcentaje de casos</b>							
<b>Tipo de trabajos en España (inmigrantes)</b>	<b>Piso= 76</b>				<b>Club= 124</b>		
	<b>Latinas n=51</b>	<b>Africanas n= 2</b>	<b>Europa Oriental n= 4</b>	<b>Europa Occiden. n= 19</b>	<b>Latinas n= 96</b>	<b>Africanas n=16</b>	<b>Europa oriental n=11</b>
Servicio doméstico	81,5	100	100	76,9	78,1	100	100
Ama de casa	7,4	-	-	-	3,1	-	-
Peluquería	3,7	-	-	15,4	6,3	-	-
Industria	-	-	-	7,7	9,4	-	-
Oficina	3,7	-	-	7,7	6,3	-	-
Comercio	3,7	-	-	15,4	6,3	100	-
Otros	11,1	-	-	46,2	3,1	-	-

*Tabla 41: Experiencia laboral en España*

Si analizamos el número de trabajos que han desempeñado en el país de acogida (tabla 42), se destacan los siguientes datos: las mujeres que ejercen en club tienen menos experiencia laboral en España, ya que señalan 0 puestos en mayor proporción que las mujeres que ejercen en piso; dentro de las mujeres que ejercen en club, destaca el caso de las latinas; la mitad de la muestra tiene o ha tenido experiencia laboral en España, cifras muy alejadas de las africanas (el 87% no han tenido ningún trabajo) y las del Este (el 90% no ha trabajado en nuestro país).

		Club= 124											
		Piso= 76											
		Latinas n=51		Africanas n= 2		Europa Oriental n= 4		Latinas n= 96		Africanas n=16		Europa oriental n=11	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Número de trabajos que han realizado en España (inmigrantes)</b>	0	20	39.2	1	50	2	50	49	51	14	87.5	10	90.9
	1	22	43.1	-	-	2	50	31	32.3	1	6.3	1	9.1
	2	9	17.6	1	50	-	-	14	14.6	-	-	-	-
	3	-	-	-	-	-	-	2	2.1	1	6.3	-	-
	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*n: número de sujetos de la muestra. N: número de casos. %: porcentaje*

Tabla 42: Conteo del número de trabajos que han realizado en España

En cuanto haber desempeñado 1 ó 2 puestos de trabajo en España, destaca el grupo de las latinas, tanto las que ejercen en piso como en club; en ambos casos las proporciones son similares. Por lo tanto podemos afirmar que las mujeres latinas son las que más experiencia laboral tienen en España.

### 7.1.2. Perfil socio -demográfico de las mujeres que ejercen en la calle

Los datos analizados anteriormente se corresponden con las mujeres que ejercen en la modalidad de piso y club; estos datos son muy distintos a los que hemos obtenido con las mujeres que ejercen en la modalidad de calle; a continuación presentamos de forma breve el perfil de esta muestra; el tamaño de la muestra y su especificidad impide la comparación con el resto de la muestra (tanto en función de la modalidad, como en función de la procedencia).

La muestra la componen 6 mujeres españolas y 8 mujeres africanas. Tienen una media de edad de  $27.43 \pm 1.695$  (D.T. =6.342), con un mínimo de 21 y un máximo de 42. La mediana es 24.50 años. Las mujeres españolas son ligeramente más mayores que las inmigrantes ya que sus edades oscilan entre 25 y 42 años. En el caso de las inmigrantes el 87.5% (7) tienen menos de 25 años; sólo una tiene entre 25 y 34 años.

Tienen pareja actualmente: el 57,1% de la muestra; la mitad tienen hijos y la media es de 1,43.

La formación académica es más baja que en las otras modalidades, el 71,4% tiene estudios primarios y el 28,6% tiene estudios secundarios. Su experiencia laboral se relaciona con el Servicio Doméstico; en el caso de las mujeres españolas, se relaciona con el cobro de subsidios o ayudas y algunos trabajos, esporádicos, en la Hostelería.

De las mujeres inmigrantes (africanas) ninguna se encuentran en nuestro país de forma regular ya sea porque no tienen papeles o porque están en trámites de regular su situación. Están empadronadas el 42.9% (3) de las mujeres; un 57.1% (4) aún no lo están. El mismo número de mujeres (4), tienen la tarjeta sanitaria.

### 7.1.3. Análisis Estadísticos de las Variables Socio- demográficas.

A continuación ofrecemos los cuadros que contienen los contrastes estadísticos de aquellas variables que han resultado diferentes de forma significativa en la modalidad piso y club.

En función de la modalidad (piso y club)				
Variables Socio-demográficas	X <sup>2</sup>	N	$\rho$	Phi
Tener pareja	3.035	146	0.047	0.164

*X<sup>2</sup>= valor chi cuadrado; N= número de mujeres;  $\rho$  = significación; Phi = valor Phi de Cramer.*

Tabla 43: Diferencias significativas en la variable "Tener pareja" en función de la modalidad.

En función de la modalidad (piso y club)				
Variables Socio-demográficas	X <sup>2</sup>	N	$\rho$	CC
Estado civil	11.461	146	0.003	0.270

*X<sup>2</sup>= valor chi cuadrado; N= número de mujeres;  $\rho$  = significación; CC=Coeficiente de contingencia.*

Tabla 44: Diferencias significativas en la variable "Estado Civil" en función de la modalidad.

En función de la procedencia: Mujeres que ejercen en club: latinas-europeas orientales-africanas						
Variables Socio-demográficas	F	gl <sup>1</sup>	gl <sup>2</sup>	P	η <sup>2</sup>	1 - β
Edad	11,615	2	119	0,000	0,163	0,993

*F = estadístico empírico de la F de Fisher . gl<sub>1</sub> = grados de libertad del numerador de estadístico empírico; gl<sub>2</sub>=grados de libertad del término de contrastación; P = probabilidad asumiendo H<sub>0</sub> verdadera; = η<sup>2</sup> = tamaño del efecto; 1 - β =potencia de prueba empírica.*

Tabla 45: Diferencias significativas en la variable “Edad” en función de la procedencia de las mujeres que ejercen en club (latinas, europeas orientales y africanas)

En función de la procedencia: Mujeres que ejercen en club: latinas-europeas orientales-africanas				
Variables Socio-demográficas	X <sup>2</sup>	N	ρ	Phi
Empadronamiento	19,345	122	0,000	0,398
Tarjeta sanitaria	11,322	122	0,003	0,305

*X<sup>2</sup>= valor chi cuadrado; N= número de mujeres; ρ = significación; Phi = valor Phi de Cramer,*

Tabla 46: Diferencias significativas en las variables “Empadronamiento” y “Tarjeta Sanitaria” en función de la procedencia de las mujeres que ejercen en club (latinas, europeas orientales y africanas)

En función de la procedencia: Mujeres que ejercen en club: latinas- africanas						
Variables Socio-demográficas	F	gl <sup>1</sup>	gl <sup>2</sup>	P	η <sup>2</sup>	1 - β
Edad	6,391	1	109	0,017	0,055	0,707

*F = estadístico empírico de la F de Fisher; gl<sub>1</sub> = grados de libertad del numerador de estadístico empírico; gl<sub>2</sub> = grados de libertad del término de contrastación; P = probabilidad asumiendo H<sub>0</sub> verdadera; = η<sup>2</sup> = tamaño del efecto; 1 - β =potencia de prueba empírica.*

Tabla 47: Diferencias significativas en la variable “Edad” en función de la procedencia de las mujeres que ejercen en club (latinas y africanas)

En función de la procedencia: Mujeres que ejercen en club: latinas- africanas				
	X <sup>2</sup>	N	ρ	Phi
<b>VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS</b>				
Pareja estable	5,737	112	0,017	0,226
Espacio de tiempo que llevan en España	5,364	112	0,021	0,219

*X<sup>2</sup>*= valor chi cuadrado; *N*= número de mujeres; *ρ* = significación; *Phi* = valor Phi de Cramer,

Tabla 48: Diferencias significativas en las variables “Pareja estable” y “Espacio de tiempo que llevan en España” en función de la procedencia de las mujeres que ejercen en club (latinas y africanas)

En función de la procedencia: Mujeres que ejercen en club: latinas-europeas orientales						
VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS	F	gl <sup>1</sup>	gl <sup>2</sup>	P	η <sup>2</sup>	1 - β
Edad	18,234	1	104	0,000	0,149	0,988

*F* = estadístico empírico de la *F* de Fisher; *gl<sub>1</sub>* = grados de libertad del numerador de estadístico empírico;  
*gl<sub>2</sub>* = grados de libertad del término de contrastación;  
*P* = probabilidad asumiendo *H<sub>0</sub>* verdadera; *η<sup>2</sup>* = tamaño del efecto; *1 - β* = potencia de prueba empírica.

Tabla 49: Diferencias significativas en las variables “Edad” en función de la procedencia de las mujeres que ejercen en club (latinas y europeas orientales)

En función de la procedencia: Mujeres que ejercen en club: europeas orientales-africanas						
VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS	F	gl <sup>1</sup>	gl <sup>2</sup>	P	η <sup>2</sup>	1 - β
Edad	4.993	1	25	0,035	0,166	0,575
Espacio de tiempo que lleva en España	17,622	1	25	0,000	0,413	0,981

*F* = estadístico empírico de la *F* de Fisher; *gl<sub>1</sub>* = grados de libertad del numerador de estadístico empírico;  
*gl<sub>2</sub>* = grados de libertad del término de contrastación;  
*P* = probabilidad asumiendo *H<sub>0</sub>* verdadera; *η<sup>2</sup>* = tamaño del efecto; *1 - β* = potencia de prueba empírica.

Tabla 50: Diferencias significativas en las variables “Edad” y “Espacio de tiempo que lleva en España” en función de la procedencia de las mujeres que ejercen en club ( europeas orientales y africanas)

<b>En función de la procedencia: Mujeres que ejercen en club: europeas orientales-africanas</b>				
	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>N</b>	<b>ρ</b>	<b>Phi</b>
<b>Variables Socio-demográficas</b>				
Espacio de tiempo que llevan en España cualitativa	11,342	27	0,001	-0,648
Tarjeta sanitaria	8,429	27	0,004	-0,559

*X<sup>2</sup>= valor chi cuadrado; N= número de mujeres; ρ = significación; Phi = valor Phi de Cramer;*

Tabla 51: Diferencias significativas en las variables “Espacio de tiempo que lleva en España” y “Tarjeta sanitaria” en función de la procedencia de las mujeres que ejercen en club (europeas orientales y africanas)

El resultado de los contrastes estadísticos es el siguiente:

El perfil socio- demográfico de las mujeres que ejercen en prostitución interior (piso y club) varía en función de la modalidad. Las mujeres que ejercen en piso están casadas y tienen pareja estable en mayor proporción que las mujeres que ejercen en club.

El perfil socio- demográfico varían en función de la procedencia. Dentro del grupo de las mujeres que ejercen en club, las más jóvenes son las europeas del Este y son las que tienen menos acceso a los servicios públicos (empadronamiento y tarjeta sanitaria) frente a las latinas o las africanas.

Dentro de la modalidad de club, si comparamos las latinas con las africanas, las mujeres latinas son las de mayor edad pero tienen pareja estable en menor proporción y llevan menos tiempo en España que el grupo de las africanas.

Dentro de la modalidad de club, si comparamos las latinas con las de Europa Oriental, las de más edad son las mujeres latinas.

Dentro de la modalidad de club, si comparamos las africanas con las de Europa Oriental, las mujeres africanas son de más mayores en edad, llevan más tiempo en España y tienen en mayor proporción tarjeta sanitaria.

## **7.2. Variables asociadas al ejercicio de la prostitución**

En este apartado vamos a exponer los resultados hallados en variables específicas relacionadas con la actividad y en entorno de la prostitución. En un primer lugar presentaremos un análisis de las diferencias con respecto a las condiciones en las que se desarrolla la actividad en función de las modalidades de ejercicio (piso y club) y en función de la procedencia. A continuación, las condiciones específicas de la modalidad de calle. Por último, los análisis estadísticos.

### **7.2.1. Variables asociadas a la prostitución en la modalidad piso y club.**

#### **Tiempo que llevan ejerciendo la prostitución:**

Tanto las mujeres que ejercen en piso como las que ejercen en club llevan más de 3 años en la actividad.

Si analizamos los datos en función de la procedencia, las mujeres latinas que ejercen en piso llevan más tiempo en la prostitución que las españolas o portuguesas.

En la modalidad de club existe una mayor variabilidad en función de la procedencia: las africanas son las que más tiempo llevan ejerciendo (más de 3 años) y las mujeres del Este llevan menos tiempo (19 meses).

El coeficiente de variación (tabla 54) arroja los siguientes datos: la variabilidad en el tiempo de ejercicio entre las mujeres de piso, (latinas y europeas occidentales) es similar.

También es similar el coeficiente de variación entre las latinas, tanto las que ejercen en club como en piso.

Entre las mujeres que ejercen en club, la variabilidad es similar, tanto para las mujeres del Este como en el caso de las latinas, sin embargo, se observa menor variabilidad en el caso de las africanas.

#### **Lugar de inicio:**

La mayoría de las mujeres inmigrantes se han iniciado en el ejercicio de la prostitución en nuestro país. Esta pregunta es respondida de forma afirmativa por el 96,8% de las mujeres entrevistadas (total de la muestra).

Si analizamos los datos en función de la modalidad y la procedencia no se hallan diferencias. En todos los grupos se hallan cifras similares.



		<b>PISO</b> n = 76								<b>CLUB</b> n = 124							
<b>Variables asociadas a la prostitución</b>		Latinoamérica n = 51		África n = 2		Europa oriental n = 4		Europa occidental n = 19		Latinoamérica n=96		África n=16		Europa oriental n=11		Europa occidental n=1	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ESPACIO DE TIEMPO	Menos de 1 año	14	27,5	1	50	-	-	6	35,3	27	28,4	2	12,5	4	36,4	-	-
DEDICADO A LA PROSTITUCIÓN	Entre 1 y 3 años	17	33,4	-	-	2	50	7	41,2	37	38,9	5	31,3	6	54,5	-	-
	Más de 3 años	20	39,2	1	50	2	50	4	23,5	31	32,6	9	56,3	1	9,1	1	100
INGRESOS MENSUALES	menos de 1000 €	7	14,9	1	100	-	-	3	15,8	24	27,3	12	80	1	9,1	1	100
	entre 1000-1400€	15	31,9	-	-	1	33,3	7	36,8	24	27,3	2	13,3	3	27,3	-	-
	más de 1400 €	25	53,2	-	-	2	66,7	9	47,4	40	45,5	1	6,7	7	63,6	-	-
LUGAR DE INICIO DE LA PROSTITUCIÓN	En España	50	98	2	100	4	100	X	X	90	94,7	16	100	11	100	1	100
	En su país	1	2	-	-	-	-	X	x	5	5,3	-	-	-	-	-	-

*n: número de sujetos de la muestra; N: número de casos; %: porcentaje*

Tabla 52: Datos descriptivos de las variables asociadas a la prostitución cualitativas en la modalidad piso y club.

**PISO n = 76**

Variables asociadas a la prostitución	Latinoamérica n = 51					África n = 2					Europa oriental n = 4					Europa occidental n = 19				
	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME
TIEMPO DE EJERCICIO	39,69	37,377	1	156	30	24,50	24,749	7	42	24.5	39	20,494	12	60	42	28,82	33,170	1	120	12
DÍAS QUE DEDICA	6,17	0,724	5	7	6	4,50	2,121	3	6	4.50	6,25	0,500	6	7	6	5,58	0,607	5	7	6
HORAS QUE DEDICA	12,25	7,433	2	24	8	9,5	3,536	7	12	9.50	12,25	7,848	8	24	8.50	8,79	4,198	5	24	8
SERVICIOS DIARIOS	2,58	1,252	1	7	2	1,50	0,707	1	2	1.50	3	1,414	2	5	2.50	2,95	1,649	1	8	3
GANANCIA MENSUAL	1607,41	961,881	400	6000	1500	550	-	-	-	550	1600	655,744	1000	2300	1500	1568,42	976,418	600	5000	1300
PRECIO DEL SERVICIO	44,56	8,713	30	60	40	57	4,243	54	60	57	45	12,910	30	60	45	42,26	8,768	30	60	40

**CLUB n = 124**

Variables asociadas a la prostitución	Latinoamérica n=96					África n=16					Europa oriental n=11					Europa occidental n=1				
	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME
TIEMPO DE EJERCICIO	37,17	39,846	1	192	24	46,12	26,618	1	84	51.5	18,91	19,102	4	72	12	-	-	-	-	-
DÍAS QUE DEDICA	6,03	0,446	5	7	6	5,87	0,640	4	7	6	5,91	0,701	4	7	6	-	-	-	-	-
HORAS QUE DEDICA	7,92	0,970	6	13	8	7,80	1,373	6	12	8	7,73	0,467	7	8	8	-	-	-	-	-
DE SERVICIOS DIARIOS	2	0,943	1	5	2	1,20	0,676	0	3	1	2,30	0,949	1	4	2	-	-	-	-	-
GANANCIA MENSUAL	1577,84	944,125	300	6000	1300	793,33	364,920	450	2000	1300	2336,36	1399,867	900	4500	2000	-	-	-	-	-
PRECIO DEL SERVICIO	53,49	6,451	30	70	53	49,56	5,989	36	55	52	62,27	9,045	55	75	55	-	-	-	-	-

*n: número de sujetos de la muestra;  $\bar{X}$ : media; D.T.: desviación típica; Min: Mínimo; Max: Máximo; ME: mediana.*

Tabla 53: Datos descriptivos de las variables asociadas a la prostitución cuantitativas en la modalidad piso y club.

PISO n = 76												
Variables Asociadas a la prostitución	Latinoamérica n = 51			África n = 2			Europa oriental n = 4			Europa occidental n = 19		
	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.
TIEMPO DE EJERCICIO (meses)	39,69.	37,377	94,15	24,50	24,749	100,97	39	20,494	52,53	28,82	33,170	115,09
DÍAS QUE DEDICA	6,17	0,724	11,66	4,50	2,121	47,11	6,25	0,500	8	5,58	0,607	10,87
HORAS QUE DEDICA	12,25	7,433	60,65	9,5	3,536	37,15	12,25	7,848	64	8,79	4,198	47,55
NÚMERO DE SERVICIOS DIARIOS	2,58	1,252	48,44	1,50	0,707	46,66	3	1,414	47	2,95	1,649	54,23
GANANCIA MENSUAL (euros)	1607,45	961,881	59,83	550	-	-	1600	655,744	40,98	1568,42	976,418	62,25
PRECIO DEL SERVICIO (euros)	44,56	8,713	19,54	57	4,243	7,43	45	12,910	2,22	42,26	8,768	20,72
CLUB n = 124												
	Latinoamérica n=96			África n=16			Europa oriental n=11			Europa occidental n=1		
	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.
TIEMPO DE EJERCICIO (meses)	37,17	39,846	107,18	46,12	26,618	57,72	18,91	19,102	101,00	-	-	-
DÍAS QUE DEDICA	6,03	0,446	7,29	5,87	0,640	10,90	5,91	0,701	11,84	-	-	-
HORAS QUE DEDICA	7,92	0,970	12,24	7,80	1,373	17,56	7,73	0,467	12,93	-	-	-
NÚMERO DE SERVICIOS DIARIOS	2	0,943	47	1,20	0,676	83,33	2,30	0,949	40,86	-	-	-
GANANCIA MENSUAL (euros)	1577,84	944,125	59,83	793,33	364,920	45,99	2336,36	1399,867	59,91	-	-	-
PRECIO DEL SERVICIO (euros)	53,49	6,451	12,05	49,56	5,989	12,06	62,27	9,045	14,51	-	-	-

n: número de sujetos de la muestra;  $\bar{X}$ : media; D.T.: desviación típica; C.V.: coeficiente de variación.

Tabla 54: Coeficiente s de Variación de las variables asociadas a la prostitución cuantitativas.

### **Días de la semana que dedican a la actividad:**

Tanto las mujeres de piso como las de club dedican alrededor de 6 días a la semana a la actividad; esta variable no varía ni en función de la modalidad ni de la procedencia.

En cuanto al coeficiente de variación, se constata que la variabilidad es muy semejante tanto en club como en piso y en todos los grupos de procedencia; tan sólo destaca que las mujeres latinas que ejercen en club presentan menos variabilidad que el resto de grupos de mujeres, este hecho se explica por dos motivos: por un lado, en los club los precios son fijos, y por otro lado, las mujeres que ejercen en club, son en su mayoría latinas.

### **Horas diarias dedicadas a la actividad:**

Las mujeres que ejercen en piso dedican más horas a la actividad que las mujeres que ejercen en club.

Si tenemos en cuenta la procedencia, las mujeres latinas que ejercen en piso dedican más tiempo que las españolas o las europeas occidentales; en el club no existen diferencias en función de la procedencia.

El coeficiente de variación arroja los siguientes resultados: las mujeres que ejercen en piso presentan una gran variabilidad frente a las mujeres que ejercen en club, dado que hay pisos de 24 horas, pisos donde se puede ejercer por turnos, de mañana o tarde, por horas, etc.

Sin embargo, en el caso de las mujeres que ejercen en club, la variabilidad es muy pequeña y semejante en todos los grupos de mujeres; ese hecho se explica porque los horarios de apertura y cierre, así como el tiempo de dedicación, son en su mayoría fijos.

### **Servicios diarios realizados:**

Las mujeres que ejercen en piso tienen una media de servicios sexuales mayor que las mujeres que ejercen en club.

Si se analizan los datos en función de la procedencia, las españolas que ejercen en piso son las que tienen más servicios de media ( $\bar{x} = 2,95$ ) frente a las latinas ( $\bar{x} = 2,58$ ).

En modalidad de club el número de servicios sexuales varía en función de la procedencia: las europeas orientales tienen un mayor número de servicios ( $\bar{x} = 2,30$ ) frente a las africanas ( $\bar{x} = 1,20$ ) y las latinas ( $\bar{x} = 2$ ).

En relación al coeficiente de variación, los resultados son muy similares para todos los grupos de mujeres, tanto las que ejercen en piso como en club, excepto el grupo de africanas que ejercen en club, cuya variabilidad es el doble con respecto a los otros grupos de mujeres.

### **Precio del Servicio Sexual:**

El precio medio del servicio sexual por 20 minutos es más alto en el club ( $\bar{x} = 53,49$  euros) que en el piso ( $\bar{x} = 44,56$ ).

Si se analiza los datos en función de la procedencia no se hallan diferencias entre las latinas y las españolas que ejercen en piso.

En cambio, en la modalidad de club existe diferencias importantes; los servicios son más caros para las europeas orientales (en torno a 62 euros) frente a las africanas (50 euros) y las latinas (54 euros).

El coeficiente de variación es similar entre las mujeres que ejercen en piso y es similar entre las mujeres que ejercen en club, sin embargo, destaca el hecho de que la variabilidad es mucho mayor en el caso de las mujeres que ejercen en piso. Este hecho se explica por la variabilidad que existe en los horarios y tiempo de dedicación de cada mujer en los pisos.

### **Ingresos mensuales:**

Las ganancias mensuales tanto en piso como en club son muy similares (entorno a 1,550 euros al mes).

Si tenemos en cuenta la procedencia, las mujeres que ejercen en la modalidad de piso, latinas y españolas, obtienen cifras similares.

Sin embargo, en la modalidad de club existen grandes diferencias en función de la procedencia: las que menos ganan son las africanas (en torno a los 800 euros) frente a las latinas (1.550 euros) y frente a las europeas orientales, grupo que obtiene las ganancias más altas (entorno a los 2.400 euros mensuales). Estos datos son coincidentes si analizamos la variable ingresos por intervalos.

El coeficiente de variación es similar en todos los grupos de mujeres, tanto entre las mujeres que ejercen en piso como en club, excepto en el caso de las mujeres africanas que ejercen en club, cuya variabilidad es menor.

### **Motivos por los que se dedican a la prostitución:**

Se les preguntó a las mujeres los motivos por los cuales se dedicaban a la prostitución. Los datos que presentamos a continuación son el porcentaje de veces que eligen las mujeres cada opción, ya que se podía elegir más de una de una causa.

Si analizamos los datos del total de la muestra en función de la procedencia (mujeres españolas/ mujeres inmigrantes), los resultados son los siguientes (tabla 55):

Motivos para ejercer	Porcentaje de casos	
	Inmigrantes	Españolas
Mantener a la familia	46	44
No encuentro otro trabajo mejor	38.5	24
Se gana más	36.3	56
Porque quiero	27.8	48
No tengo papeles	21.4	0
Pagar deudas	16.6	36
Me obligan	2.1	4
Consumo de drogas y/o alcohol	1.1	12
Otros	4.3	16

Tabla 55: Motivos por los que se dedican a la prostitución, diferencias entre inmigrantes y españolas.

La respuesta más elegida por las mujeres inmigrantes ha sido “para mantener a mi familia”, marcada por el 46%; en segundo lugar estaría, con el 38.5%, “porque no encuentran otro trabajo mejor”; “porque se gana más dinero que en otros trabajos” ocupa el tercer lugar, opción elegida por el 36,3% de las mujeres.

En cuanto a las mujeres españolas, encontramos que la opción más señalada ha sido “Porque se gana más dinero que en otros trabajos”, elegida por el 56%; en segundo lugar se encuentra “porque quieren” (48%); en tercer lugar está la opción “para mantener a mi familia” (44%).

Los resultados de la muestra de piso y club, estructurados en función de la modalidad y de la procedencia, se reflejan en la tabla 56.

Motivos para ejercer	Porcentaje de casos						
	Piso= 76				Club=124		
	Latinas n=51	Africanas n= 2	Europa Oriental n= 4	Europa Occiden. n= 19	Latinas n= 96	Africanas n=16	Europa oriental n=11
Mantener a la familia	49,0	-	75,5	47,4	50,0	43,8	18,2
No encuentro otro trabajo mejor	54,9	-	75,0	26,3	34,4	18,8	18,2
Se gana más	43,1	50,0	-	68,4	34,4	18,8	45,5
Porque quiero	47,1	-	25,0	52,6	24,0	-	27,3
No tengo papeles	9,8	50,0	25,0	-	16,7	50,0	36,4
Pagar deudas	25,5	-	25,0	47,4	13,5	18,8	-
Me obligan	3,9	-	-	-	2,1	-	-
Consumo de drogas y/o alcohol	2,0	-	25	-	-	-	-
Otros	4,0	-	-	15,8	9,3	-	9,1

Tabla 56: Motivos por los que se dedican a la prostitución: diferencias entre las mujeres que ejercen en piso y en club.

Es llamativo el caso de las mujeres de modalidad de piso, que señalan en mayor proporción la opción “porque quiero”, frente a las mujeres que ejercen en la modalidad de club. Por otro lado, también es interesante señalar, que la opción “Me obligan” es marcada tan sólo por las latinas, tanto de piso como de club.

### **Motivos que harían abandonar la prostitución**

También se indagó acerca de los motivos por los que abandonarían el ejercicio de la prostitución. Si analizamos los datos en función de la procedencia del total de muestra (inmigrantes/españolas), los resultados son los siguientes (tabla 57):

Motivos para abandonar La prostitución	Porcentaje de casos	
	Inmigrantes	Españolas
Encontrar trabajo aunque se gane menos dinero	40.2	20.8
Encontrar trabajo donde se gane lo mismo dinero	26.6	45.8
Reunir suficiente dinero	24.4	4.2
Cuando tenga papeles	20.1	-
Cuando pague las deudas	14.7	25.0
Cuando me canse, quiera...	11.4	25.0
Cuando deje de consumir drogas y /o alcohol	0.5	8.3
Otros	10.3	29.2

*Tabla 57: Motivos por los que abandonarían la prostitución, diferencias entre inmigrantes y españolas.*

Para las mujeres inmigrantes (del total de la muestra) la opción más señalada ha sido “encontrar un trabajo aunque se gane menos dinero” (40.2%); le sigue “encontrar otro trabajo donde gane el mismo dinero” con un 26.6% de casos. En tercer lugar se encuentra “cuando tenga papeles”, opción elegida en un 20.1% de los casos.

La respuesta elegida por el mayor número de mujeres españolas (del total de la muestra) ha sido “encontrar un trabajo donde gane el mismo dinero” (45.8%); en segundo lugar se encuentran, con un porcentaje de 29.2%, “otras causas”; “cuando me canse, quiera o me apetezca” comparte el tercer lugar con “tener mis deudas saldadas” (25%).

Los resultados de la muestra de piso y club, estructurados en función de la modalidad y de la procedencia, se reflejan en la tabla 58.

Porcentaje de casos							
Motivos para abandonar La prostitución	Piso= 76				Club= 124		
	Latinas n=51	Africanas n= 2	Europa Oriental n= 4	Europa Occiden. n= 19	Latinas n= 96	Africanas n=16	Europa oriental n=11
Encontrar trabajo aunque se gane menos dinero	41,2	50,0	-	16,7	38,7	50,0	27,3
Encontrar trabajo donde se gane lo mismo dinero	35,3	-	75,0	50,0	22,6	18,8	27,3
Reunir suficiente dinero	27,5	50,0	-	11,2	30,2	12,6	-
Cuando tenga papeles	19,6	-	25,0	-	16,1	37,5	9,1
Cuando pague las deudas	19,6	-	-	33,3	12,9	12,5	-
Cuando me canse, quiera...	27,5	-	-	16,7	5,4	6,3	9,1
Cuando deje de consumir drogas y /o alcohol	-	-	25	-	-	-	-
Otros	5,9	-	25,0	33,3	11,8	6,3	27,3

Tabla 58: Motivos que harían abandonar la prostitución, diferencias entre las mujeres que ejercen en piso y club.

Los motivos más señalados están relacionados con el cambio a una situación que mejore la Calidad de Vida en el país de acogida (caso de las inmigrantes tanto de club como de piso); sin embargo, destaca que para las europeas occidentales, que ejercen en piso, el cambio de actividad siempre se produciría si se garantizan las mismas ganancias.

### 7.2.2. Variables asociadas al ejercicio en la modalidad de calle

Los datos analizados anteriormente se corresponden con las mujeres que ejercen en la modalidad de piso y club; estos datos son muy distintos a los que hemos obtenido con las mujeres que ejercen en la modalidad de calle. A continuación presentamos de forma breve las variables asociadas al ejercicio en esta modalidad; el tamaño de la muestra y su especificidad impide la comparación con el resto de la muestra (tanto en función de la modalidad, como en función de la procedencia).

Las mujeres que ejercen en la calle dedican una  $\bar{x}$  de  $5 \pm 0.596$  días (D.T.=1.874), con un mínimo de 2 y un máximo de 7 días. La mediana son cinco días.



Las horas al día suele ser de de  $5.42 \pm 0.596$  horas diarias (D.T.=2.065), siendo la mediana 5.5 horas, con un mínimo de 3 y un máximo de 9.

Su tiempo de dedicación al ejercicio es mucho menor que en las otras modalidades. Tienen una  $\bar{x}$  de  $2.56 \pm 0.338$  servicios diarios (D.T.= 1.014), con un mínimo de 1 y un máximo de 4 servicios diarios. La mediana son 2 servicios. A pesar de dedicar menos horas al día, el número de clientes es muy similar que en las otras modalidades.

Obtienen una ganancia mensual media de  $666.67 \pm 105.41€$  (D.T.=316.228). La mediana son 700 €, con un mínimo de 300 y un máximo de 1300 €. Agrupando la variable en intervalos, se obtiene que ganan menos de 1000 € el 88.9% de las mujeres; el 11.1% ganan entre 1000 y 1400 €; ninguna mujer gana más de 1400€ al mes.

El precio medio del servicio normal (1/2 hora) es  $30.71 \pm 1.269 €$  (D.T.= 4.746), y la mediana son 30€, con un mínimo de 20€ y un máximo de 40€. En esta modalidad los precios por servicio son mucho más bajos que en las otras modalidades y las ganancias mucho más bajas. En esta modalidad las ganancias en cada servicio sexual no se comparten con nadie y son íntegramente abonados para la mujer que realiza el servicio sexual.

### 7.2.3. Análisis estadísticos de las variables asociadas al ejercicio

A continuación ofrecemos los cuadros que contienen los contrastes estadísticos de aquellas variables que han resultado diferentes de forma significativa en la modalidad piso y club.

Modalidad(piso y club)						
Variables Asociadas al ejercicic	F	gl <sup>1</sup>	gl <sup>2</sup>	P	η <sup>2</sup>	1 - β
Horas de dedicación	31,763	1	142	0.000	0,183	1.000
Media de servicios al día	9,533	1	137	0.002	0.065	0.866
Precio medio del servicio	49,190	1	144	0.000	0,255	1,000

*F = estadístico empírico de la F de Fisher; gl<sub>1</sub> = grados de libertad del numerador de estadístico empírico; gl<sub>2</sub> = grados de libertad del término de contrastación; P = probabilidad asumiendo H<sub>0</sub> verdadera; η<sup>2</sup> = tamaño del efecto; 1 - β = potencia de prueba empírica.*

Tabla 59: Diferencias significativas en las variables asociadas al ejercicio en función de la modalidad (piso y club).

Procedencia y modalidad: Mujeres que ejercen en Piso (latinas y españolas)						
VARIABLES ASOCIADAS AL EJERCICIO	F	gl <sup>1</sup>	gl <sup>2</sup>	P	η <sup>2</sup>	1 - β
Días que dedica a la actividad	9,765	1	65	0,003	0,131	0,868

*F = estadístico empírico de la F de Fisher; gl<sub>1</sub> = grados de libertad del numerador de estadístico empírico;  
gl<sub>2</sub> = grados de libertad del término de contrastación;  
P = probabilidad asumiendo H<sub>0</sub> verdadera; η<sup>2</sup> = tamaño del efecto; 1 - β = potencia de prueba empírica.*

Tabla 60: Diferencias significativas en las variables asociadas al ejercicio en función de la modalidad (piso) y la procedencia

Procedencia: Mujeres que ejercen en Club: latinas-europeas orientales-africanas						
VARIABLES ASOCIADAS AL EJERCICIO	F	gl <sup>1</sup>	gl <sup>2</sup>	P	η <sup>2</sup>	1 - β
Servicios diarios	5,860	2	113	0,004	0,094	0,866
Ganancias mensuales	8,835	2	111	0,000	0,137	0,968
Precio del servicio	12,272	2	120	0,000	0,170	0,995

*F = estadístico empírico de la F de Fisher; gl<sub>1</sub> = grados de libertad del numerador de estadístico empírico;  
gl<sub>2</sub> = grados de libertad del término de contrastación;  
P = probabilidad asumiendo H<sub>0</sub> verdadera; η<sup>2</sup> = tamaño del efecto; 1 - β = potencia de prueba empírica.*

Tabla 61: Diferencias significativas en las variables asociadas al ejercicio en función de la modalidad (club) y la procedencia (latinas- del Este y africanas).

Procedencia: Mujeres que ejercen en Club: latinas-europeas orientales-africanas				
VARIABLES ASOCIADAS AL EJERCICIO	X <sup>2</sup>	N	ρ	CC
Ganancias cualitativa	19,940	114	0,001	0,386

*X<sup>2</sup> = valor chi cuadrado; N = número de mujeres; ρ = significación.  
CC = Coeficiente de contingencia.*

Tabla 62: Diferencias significativas en las variables asociadas al ejercicio en función de la modalidad (club) y la procedencia (latinas, del Este y africanas).

Procedencia: Mujeres que ejercen en Club latinas-africanas						
Variables Asociadas al ejercicio	F	gl <sup>1</sup>	gl <sup>2</sup>	P	η <sup>2</sup>	1 - β
Servicios al día	9,920	1	104	0,002	0,087	0,877
Ganancia mensual cuantitativa	10,031	1	101	0,002	0,090	0,880
Precio por servicio	5,179	1	110	0,025	0,045	0,616

*F = estadístico empírico de la F de Fisher; gl<sub>1</sub> = grados de libertad del numerador de estadístico empírico; gl<sub>2</sub> = grados de libertad del término de contrastación; P = probabilidad asumiendo H<sub>0</sub> verdadera; η<sup>2</sup> = tamaño del efecto; 1 - β = potencia de prueba empírica.*

Tabla 63: Diferencias significativas en las variables asociadas al ejercicio en función de la modalidad (club) y la procedencia (latinas y africanas).

Procedencia: Mujeres que ejercen en Club latinas-africanas				
Variables Asociadas al ejercicio	X <sup>2</sup>	N	ρ	CC
Ganancias mensuales por intervalos	16,024	103	0,000	0,367

*X<sup>2</sup> = valor chi cuadrado; N = número de mujeres; ρ = significación; CC = Coeficiente de contingencia.*

Tabla 64: Diferencias significativas en las variables asociadas al ejercicio en función de la modalidad (club) y la procedencia (latinas y africanas).

Procedencia: Mujeres que ejercen en Club latinas-europeas orientales						
Variables Asociadas al ejercicio	F	gl <sup>1</sup>	gl <sup>2</sup>	P	η <sup>2</sup>	1 - β
Ganancias al mes	5,730	1	97	0,019	0,056	0,659
Precio del servicio	16,751	1	105	0,000	0,138	0,982

*F = estadístico empírico de la F de Fisher; gl<sub>1</sub> = grados de libertad del numerador de estadístico empírico; gl<sub>2</sub> = grados de libertad del término de contrastación; P = probabilidad asumiendo H<sub>0</sub> verdadera; η<sup>2</sup> = tamaño del efecto; 1 - β = potencia de prueba empírica.*

Tabla 65: Diferencias significativas en las variables asociadas al ejercicio en función de la modalidad (club) y la procedencia (latinas y del Este).

Procedencia: Mujeres que ejercen en Club europeas orientales-africanas						
Variables Asociadas al ejercicio	F	gl <sup>1</sup>	gl <sup>2</sup>	P	$\eta^2$	1 - $\beta$
Tiempo que lleva en la prostitución	8,456	1	25	0,008	0,253	0,798
Servicios al día	7,260	1	23	0,002	0,334	0,901
Ganancia mensual	18,549	1	24	0,000	0,436	0,985
Precio del servicio	19,413	1	25	0,000	0,437	0,988

*F = estadístico empírico de la F de Fisher; gl<sub>1</sub> = grados de libertad del numerador de estadístico empírico; gl<sub>2</sub> = grados de libertad del término de contrastación; P = probabilidad asumiendo H<sub>0</sub> verdadera;  $\eta^2$  = tamaño del efecto; 1 -  $\beta$  = potencia de prueba empírica.*

Tabla 66: Diferencias significativas en las variables asociadas al ejercicio en función de la modalidad (club) y la procedencia (del Este y africanas).

El resultado de los contrastes estadísticos son los siguientes:

Las condiciones en las que se desarrolla la prostitución varían en función de la modalidad.

Las mujeres que ejercen en la modalidad de piso dedican más tiempo al ejercicio de la prostitución y tienen más servicios sexuales que las mujeres que ejercen en club; sin embargo, los precios son más altos en la modalidad de club.

Las condiciones en las que se desarrolla la prostitución varían en función de la procedencia:

Entre las mujeres que ejercen en piso, las latinas ejercen más días que las españolas.

Entre las mujeres que ejercen en club:

- Las mujeres del Este son las que obtienen las ganancias mensuales más altas, son las que tienen más número de servicios sexuales y los precios de cada servicio son más caros, frente al grupo de las latinas y las africanas.

- Las mujeres africanas son las que obtienen ganancias mensuales más bajas, tienen menos servicios sexuales diarios y los precios de cada servicio sexual es más bajo, frente al grupo de las latinas y de las mujeres del Este.

- Si comparamos las mujeres del Este con las mujeres africanas, las del Este son las que menos tiempo llevan ejerciendo la prostitución.

### 7.3. Salud Física de las mujeres que ejercen la prostitución

En este apartado vamos a exponer los resultados en relación a las variables relacionadas con la Salud Física (hábitos de salud y estilo de vida, hábitos de consumo, estado de salud general, control del VIH, etc.) Se presentarán los resultados en función de la modalidad de ejercicio (piso y club) y la procedencia.

#### 7.3.1. Salud Física en la modalidad piso y club

##### Estado de salud general:

El estado de Salud percibido de la totalidad de la muestra de mujeres entrevistadas es, en general, bueno y satisfactorio; la mayoría, un 69%, califica su salud como “Buena”. El 10.3% de las mujeres creen tener una salud “Excelente”. Un 18.3% afirma que su salud es “Regular” y tan sólo un 2.3% la considera “Mala”.

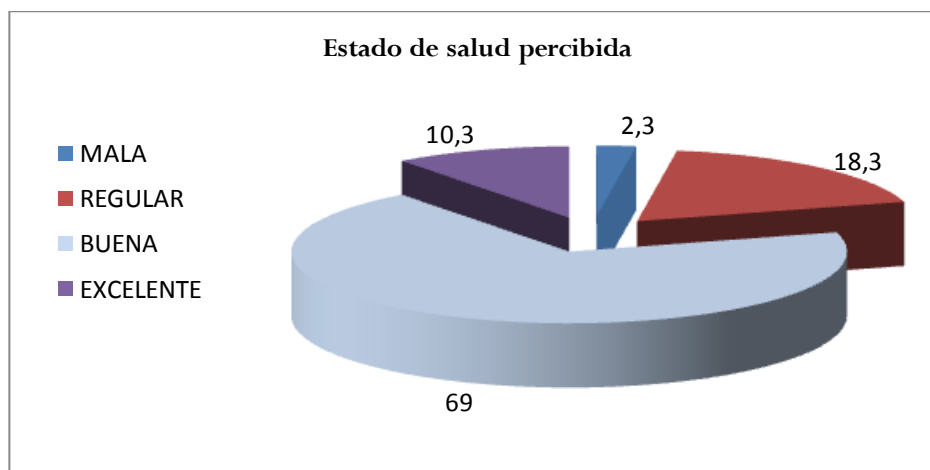


Figura 20: Salud actual percibida de la muestra total de mujeres

Si realizamos un análisis en función de la modalidad, obtenemos que tanto las que ejercen en piso como en club perciben su salud como buena en un porcentaje similar (en torno al 65%).

Estas mismas cifras se obtienen sin realizamos un análisis en función de la procedencia de las mujeres que ejercen en piso, tanto latinas como españolas, consideran que su salud es buena o excelente en la misma proporción. En el club las cifras son más variables, las mujeres africanas perciben su salud como buena el 81,3% de la muestra, seguidas de las europeas orientales (72,7%) y por último las latinas (68.85%).

Calidad de Vida y Salud de las mujeres que ejercen la prostitución

		PISO n = 76								CLUB n = 124							
Salud Física		Latinoamérica n = 51		Africa n = 2		Europa oriental n = 4		Europa occidental n = 19		Latinoamérica n=96		Africa n=16		Europa oriental n=11		Europa occidental n=1	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ESTADO DE SALUD	excelente	10	19,6	-	-	-	-	3	15,8	8	8,3	-	-	-	-	-	-
	buena	32	62,7	2	100	3	75	13	68,4	66	68,8	1	81,3	8	72,7	-	-
	regular	8	15,7	-	-	1	25	2	10,5	21	21,9	3	18,8	3	27,3	-	-
	mala	1	2	-	-	-	-	1	5,3	1	1	-	-	-	-	-	-
ENFERMEDADES	SI	4	7,8	-	-	2	50	3	15,8	18	18,8	2	12,5	2	18,2	-	-
	NO	47	92,2	2	100	2	50	16	84,2	78	81,3	14	87,5	9	81,8	-	-
ITS	SI	7	14	-	-	2	50	2	10,5	10	10,4	6	37,5	5	45,5	-	-
	NO	43	86	2	100	2	50	17	89,5	86	89,6	10	62,5	6	54,5	-	-
CONTROL VIH	SI	45	88,2	2	100	4	100	11	57,9	89	92,7	15	93,8	9	81,8	-	-
	NO	6	11,8	-	-	-	-	8	42,1	7	7,3	1	6,3	2	18,2	-	-
ULTIMA PRUEBA	más de 1 año	9	20,5	-	-	1	25	1	11,1	17	19,1	-	-	-	-	-	-
	menos de 1 año	35	79,5	1	100	3	75	8	88,9	72	80,9	15	100	8	100	-	-
PROBLEMAS DE SUEÑO	SI	28	54,9	1	50	3	75	8	42,1	56	58,9	9	60	2	18,2	-	-
	NO	23	45,1	1	50	1	25	11	57,9	39	41,1	6	40	9	81,8	-	-

		PISO n = 76				CLUB n = 124											
Salud Física		Latinoamérica n = 51		África n = 2		Europa oriental n = 4		Europa occidental n = 19		Latinoamérica n=96		África n=16		Europa oriental n=11		Europa occidental n=1	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HABITOS DE ALIMENTACIÓN	5 comidas diarias	10	19.6	2	100	-	-	2	10.5	5	5.2	1	6.3	-	-	-	-
	las 3 principales	19	37.3	-	-	2	50	4	21.1	24	25	-	-	2	18.2	-	-
	2 comidas	13	25.5	-	-	1	25	9	47.4	37.5	37.5	7	43.8	8	72.7	-	-
	1 comida	4	7.8	-	-	1	25	4	21.1	31.3	31.3	6	37.5	-	-	-	-
	sin horario	2	3.9	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6.3	1	9.1	-	-
	otros	3	5.9	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
CONSUMO DE ALCOHOL	SI	33	64.7	-	-	1	25	11	57.9	54	56.8	8	50	7	63.6	-	-
	NO	18	35.3	2	100	3	75	8	42.1	41	43.2	8	50	4	36.4	-	-
FRECUENCIA DE CONSUMO	diariamente	6	18.2	-	-	-	-	3	27.3	16	29.6	5	62.5	6	85.7	-	-
	ocasionalmente	17	51.5	-	-	-	-	4	36.4	14	25.9	1	12.5	-	-	-	-
	Una vez al mes	3	9.1	-	-	1	100	-	-	2	3.7	1	12.5	-	-	-	-
	1-2 días	7	21.2	-	-	-	-	4	36.4	20	37	1	12.5	1	14.3	-	-
	4-6 días	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3.7	-	-	-	-	-	-
CONSUMO DE TABACO	SI	19	37.3	-	-	3	75	13	68.4	26	27.1	4	25	3	30	-	-
	NO	32	62.7	2	100	1	25	6	31.6	70	72.9	12	75	7	70	-	-
CONSUMO DROGA INYECTADA	SI	4	7.8	-	-	-	-	1	5.3	2	2.1	-	-	-	-	-	-
	NO	47	92.2	2	100	4	100	18	94.7	93	97.9	16	100	11	100	--	-
CONSUMO DE OTRAS DROGAS	SI	5	9.8	-	-	2	50	3	15.8	6	6.3	1	6.3	2	18.2	-	-
	NO	46	90.2	2	100	2	50	16	84.2	90	93.8	15	93.8	9	81.8	-	-
ALIMENTACIÓN CORRECTA	SI	29	60.4	2	100	2	50	6	31.6	29	30.5	1	6.7	2	18.2	-	-
	NO	19	39.6	-	-	2	50	13	68.4	66	69.5	14	93.3	9	81.8	-	-

n: número de sujetos de la muestra; N: número de casos; %: porcentaje

Tabla 67: Datos descriptivos de las variables de la Salud Física cualitativas en la modalidad piso y club

### Enfermedades importantes:

La mayoría de las mujeres que componen la muestra total no han padecido enfermedades importantes (el 84.1%). Las han padecido el 15.9%, y se trata de enfermedades relacionadas con el sistema vascular, de tipo respiratorio como asma, bronquitis o neumonías, y también son frecuentes enfermedades renales; son también habituales entre las africanas el paludismo, tifus, etc.

Si se analizan los datos en función de la procedencia y la modalidad los resultados son los siguientes:

Las mujeres que ejercen en piso gozan de mayor salud que las mujeres que ejercen en club.

En el piso, las mujeres que gozan de mejor salud son las latinas frente a las españolas. En el club, la salud es similar y no varía en función de la procedencia.

### ITS:

La mayoría de las mujeres que componen la muestra total no han sufrido ITS (83.6%); Las ITS más habituales son la Candidiasis, las Verrugas genitales, Clamydeas y el Herpes genital.

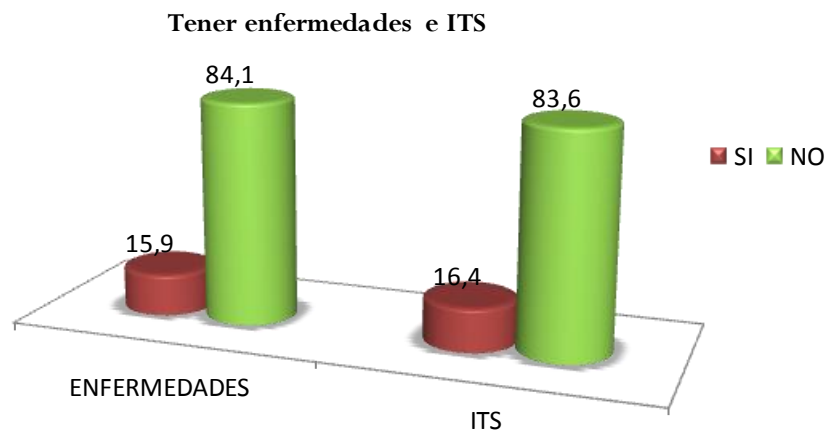


Figura 21: Porcentaje de mujeres de la muestra total que han sufrido enfermedades o ITS.

Si se analizan los datos en función de la modalidad de ejercicio y la procedencia de las mujeres los resultados son los siguientes:



No hay diferencias en cuanto a la modalidad, tanto las que ejercen en piso como en club obtienen un porcentaje muy similar: la mayoría (en torno al 85% de las mujeres) no padecen o han padecido ITS.

En las mujeres que ejercen en piso no se observan diferencias si se tiene en cuenta la procedencia de las mujeres, tanto latinas como españolas obtienen porcentajes similares (en torno al 85% de las mujeres). Sin embargo, en el club, hallamos una gran variabilidad en función de la procedencia. Cerca de la mitad de las mujeres procedentes del Este (45,5%) han padecido o padecen ITS, más de un tercio de las mujeres africanas (37,5%); estas cifras son más altas si son comparadas con el grupo de las latinas, las cuales no han padecido ITS el 89,6% de la muestra.

### Tipo de ITS:

El tipo de ITS más habituales señaladas por todas las mujeres, independientemente de su procedencia o la modalidad de ejercicio, son las siguientes: Cándidas, Verrugas Genitales y Herpes Genital (tabla 68).

Porcentaje de casos								
Tipo de ITS	Piso=76				Club=124			
	Latinas n=51	Africanas n= 2	Europa Oriental n= 4	Europa Occiden. n= 19	Latinas n= 96	Africanas n=16	Europa oriental n=11	Europa Occiden. n= 1
Cándidas	14,3	-	-	-	33,3	33,3	25,0	-
Verrugas Genitales	14,3	-	-	-	11,1	16,7	25,0	-
Herpes Genital	14,3	-	-	-	11,1	16,7	-	-
Clamídeas	-	-	-	-	11,1	-	25,0	-
Sífilis	-	-	-	-	11,1	-	-	-
Gonorrea	-	-	50,0	-	11,1	-	-	-
Otras	57,1	-	50,0	100	11,1	33,3	25,0	-

*Tabla 68: Tipo de ITS de las mujeres que ejercen en la modalidad de piso y club.*

Si analizamos el número de ITS señalados por cada grupo de mujeres (tabla 69) los resultados son los siguientes: la mayoría de las mujeres no han señalado ninguna ITS, en el caso de señalar el número de ITS, se constata que siempre se ha señalado una.

Número De ITS														
Piso= 76								Club= 124						
Latinas		Africanas		Europa Oriental		Europa Occiden.		Latinas		Africanas		Europa oriental		
n=51		n= 2		n= 4		n= 19		n= 96		n=16		n=11		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	45	88.2	2	100	2	50	17	89,5	88	91.7	11	68.8	8	72.7
1	6	11.8	-	-	2	50	2	10,5	8	8.3	5	31.3	3	27.3
2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*n: número de sujetos de la muestra; N: número de casos; %: porcentaje*

Tabla 69: Número de ITS

### Control del VIH:

En esta variable se halla que las mujeres que ejercen en club son el grupo de mujeres con un mayor porcentaje de casos que se hacen controles del VIH (92,7%) frente a las que ejercen en piso (88,2%).

Si se tiene en cuenta la procedencia, el 88,2% de las latinas que ejercen en piso se hacen el control frente al 57,9% del grupo de europeas occidentales (españolas o portuguesas).

En el club, el 81,8% de las mujeres del Este se hacen la prueba, porcentaje menor frente a las latinas (88,2%) y africanas (93%).

### Cuando se han realizado la última prueba del VIH:

Tanto las mujeres que ejercen en el club como en el piso se ha hecho la prueba del VIH hace menos de 1 año en torno al 80% de la muestra de cada grupo.

Si se tiene en cuenta la procedencia de las mujeres que ejercen en piso, obtenemos que el 88,9% de las españolas se ha hecho la prueba hace menos de un año frente al 79,5% de las latinas.

En el club, todas las africanas y todas las del Este (100%) se han hecho la prueba el último año frente al 80,9% de las latinas.

### Problemas de sueño:

Las mujeres que ejercen en el club manifiestan en mayor medida tener problemas de sueño (58,9%) frente a las mujeres que ejercen en piso (54,9%).

Dentro de la modalidad de piso las latinas (54,9%) son el grupo con mayor número de mujeres que manifiestan problemas de sueño frente a las mujeres españolas (42,1%).

En la modalidad de club, las mujeres del Este no manifiestan tener problemas de sueño, tan solo es señalado por el 18,2 % de la muestra; sin embargo este problemas es más señalado por las latinas y las africanas en proporción similar (60%).

### **Tipos de problemas de sueño:**

Se observa diferencias en el tipo de problemas de sueño entre las mujeres que ejercen en piso y las que ejercen en club.

Para las mujeres que ejercen en la modalidad de piso, los principales problemas son “despertarse muchas veces” y “dormir pocas horas”; sin embargo, para las mujeres que ejercen en la noche, y suelen dormir de día (modalidad de club), los principales problemas de sueño señalados son “despertarse muchas veces” y “problemas para conciliar el sueño”, excepto en el caso de las mujeres africanas que su que queja principal es” dormir pocas horas”. Los resultados se muestran en la tabla 70.

<b>Porcentaje de casos</b>				
<b>Piso= 76</b>				
<b>Problemas de Sueño</b>	<b>Latinas n=51</b>	<b>Africanas n= 2</b>	<b>Europa Oriental n= 4</b>	<b>Europa Occiden. n= 19</b>
Despertarse muchas veces	60,7	-	66,7	50,0
Dormir pocas horas	42,9	100	66,7	75,0
Problemas conciliar sueño	28,6	-	33,3	37,5
Dormir demasiadas horas	3,6	-	-	-
<b>Club= 124</b>				
<b>Problemas de Sueño</b>	<b>Latinas n= 96</b>	<b>Africanas n=16</b>	<b>Europa oriental n=11</b>	<b>Europa Occiden. n= 1</b>
Despertarse muchas veces	53,6	44,4	100,0	-
Problemas conciliar sueño	48,2	22,2	50,0	-
Dormir pocas horas	26,8	55,6	50,0	-
Dormir demasiadas horas	8,9	11,1	-	-

*Tabla 70: Tipos de problemas de sueño*

### **Hábitos de alimentación:**

Entendemos por alimentación correcta aquella que respeta las 5, 4 o 3 comidas diarias distribuidas a lo largo de una jornada; alimentación incorrecta es cuando se hace solo 1- 2 comidas o se come sin horarios establecidos. Las mujeres que manifiestan tener una alimentación correcta son las mujeres que ejercen en piso (57,1%), frente a las mujeres que ejercen en club, en este grupo el 68,8% tiene una alimentación incorrecta.

Si tenemos en cuenta la procedencia, las latinas tienen una alimentación correcta el 57,1% de la muestra frente al grupo de las españolas que tienen una alimentación incorrecta el 68,5%.

En el club, el grupo que mantiene una alimentación más incorrectas son las africanas (el 87,6%), seguidas de las mujeres del Este (el 81,8%) y por último las latinas (el 68,8%).

### **Actividad física:**

Las mujeres que manifiestan tener una menor actividad física o se mantienen más inactivas son las de club (el 84,9%) frente a las de piso (el 68,6%).

Dentro de la modalidad de piso, tienen menos actividad las españolas (89,5%) frente a las latinas (68,6%).

En el club, los datos son similares; las que están menos actividad son las mujeres del Este (90,9%), seguidas de las latinas (84,9%) y por últimos las africanas (81,3%).

### **Tipo de actividad física:**

Tanto para la modalidad de piso como club, e independientemente de la procedencia de las mujeres, las horas o días de dedicación a la actividad física, el deporte, etc. es casi inexistente. Sin embargo, se destaca que las mujeres que ejercen en club son más inactivas que las mujeres que ejercen en piso; entre las que ejercen en piso, las latinas dedican más tiempo a caminar o deporte que las españolas (tabla 70).

Porcentaje de casos								
Piso=76					Club=124			
Tipo de actividad física	Latinas n=51	Africanas n= 2	Europa Oriental n= 4	Europa Occiden. n= 19	Latinas n= 96	Africanas n=16	Europa oriental n=11	Europa Occiden. n= 1
Casi inactiva	68,6	100	75,0	89,5	84,9	86,7	90,9	-
Caminar o pasear	31,4	-	50,0	5,3	22,6	26,7	27,3	-
Deporte o gimnasio	5,9	-	-	-	4,3	-	-	-
Otras	2,0	-	-	5,3	7,5	-	-	-

Tabla 70: Tipo de actividad física

### Consumo de alcohol y drogas:

Para el total de la muestra de mujeres que ejercen la prostitución en las tres modalidades (calle, piso y club) los resultados son los siguientes: la mitad no consume alcohol, dos tercios no fuman tabaco y la mayoría no consumen drogas; tan sólo el 3.9% (8) manifiesta haberse inyectado alguna droga y un 12.0% dice consumir en la actualidad (cocaína, hachís, marihuana). A continuación vamos a analizar los datos en función de la modalidad y la procedencia.

### Consumo de Alcohol y frecuencia de consumo:

El grupo con un porcentaje mayor de mujeres que consume alcohol se encuentra en la modalidad de piso (64,7%) frente a las de club (56,8%); sin embargo hallamos que la frecuencia de consumo es diferente y varía según la modalidad; las mujeres de piso que consumen diariamente tan sólo son el 18,2% frente al 29,6% de las mujeres que ejercen en club.

Si se tiene en cuenta la procedencia los resultados son los siguientes: en la modalidad de piso hay más bebedoras en el grupo de latinas (64,7%) frente a las españolas (57,9%) pero el consumo es menos frecuente; las latinas de piso consumen diariamente el 18,2% frente al 27,3% de las españolas.

En la modalidad de club, el grupo de mujeres con un porcentaje mayor de mujeres bebedoras son las europeas orientales (63,6%), seguidas de las latinas (56,8%) y las africanas (50%).

Por otro lado, las frecuencias de consumo también son muy variables: las mujeres de Europa Oriental consumen alcohol diariamente (el 85,7%), seguidas de las africanas (62,5%) y por último las latinas, que obtienen un porcentaje mucho menor (el 29,6%).

### **Consumo de tabaco:**

La modalidad de piso tiene un mayor número de mujeres fumadoras (37,3%) frente a la modalidad de club (27,1%).

Sin embargo, si se hace un análisis en función de la procedencia, las mujeres españolas que ejercen en piso consumen casi el doble (68,4%) que las latinas (37,3%).

En la modalidad de club las cifras son muy similares; fuman el 30% de las mujeres del Este, el 27,1% de las latinas y el 25% de las africanas.

### **Consumo de droga inyectada:**

La mayoría de las mujeres (en torno al 96,5%) tanto de piso como de club no consumen droga inyectada.

Si se analiza en función de la procedencia se constata que no hay diferencias entre las mujeres de piso (latinas y españolas) ni entre las mujeres que ejercen en club (latinas, europeas orientales y africanas).

### **Consumo de otras drogas ilegales:**

El consumo de otras drogas es similar en piso y en club; la mayoría de las mujeres no consumen drogas (el 90%); en el club, el grupo que tienen un porcentaje mayor para esta variable son las mujeres europeas orientales (el 18,2%) frente a los grupos de latinas y africanas (6,3%).

### **Tipo de drogas:**

Entre las mujeres que dicen consumir drogas, el tipo de drogas más habituales, (en función de la modalidad de ejercicio y la procedencia de las mujeres), son las siguientes (tabla 71):

Porcentaje de casos								
Tipo de drogas	Piso= 76				Club= 124			
	Latinas n=51	Africanas n= 2	Europa Oriental n= 4	Europa Occiden. n= 19	Latinas n= 96	Africanas n=16	Europa oriental n=11	Europa Occiden. n= 1
Cocaína	40,0	-	50,0	50,0	71,4	-	-	-
Hachis	40,0	-	-	25,0	-	-	50,0	-
Marihuana	20,0	-	-	-	2,8,6	100	100	-
Estimulantes	20,0	-	-	25,0	14,3	-	-	-
tranquilizantes	20,0	-	-	25,0	14,3	-	-	-
antidepresivos	40,0	-	50,0	-	14,3	-	-	-
Inhalantes	-	-	-	25,0	-	-	-	-

Tabla 71: Tipo de Drogas.

Las mujeres que ejercen en la modalidad de club consumen en mayor medida que las mujeres de piso, una gran variedad de drogas, especialmente la cocaína. En la tabla se destaca, que las africanas, tanto de piso como de club, son las mujeres que menos consumen cualquier tipo de drogas.

### 7.3.2. Salud Física de las mujeres que ejercen en la modalidad de calle.

Los datos analizados anteriormente se corresponden con las mujeres que ejercen en la modalidad de piso y club; estos datos son muy distintos a los que hemos obtenido con las mujeres que ejercen en la modalidad de calle; a continuación presentamos de forma breve las variables relacionadas con la salud Física de esta muestra; el tamaño de la muestra y su especificidad impide la comparación con el resto de la muestra (tanto en función de la modalidad, como en función de la procedencia).

La mayoría de las mujeres españolas que ejercen en la calle tienen problemas de salud; sus problemas están relacionados con sus hábitos de salud, su estilo de vida y su consumo actual o del pasado de sustancias. Es necesario aclarar que las mujeres que ejercen la calle, actualmente no se inyectan drogas, sino que consumen metadona. Estos aspectos no se constatan en las mujeres inmigrantes de origen africano; en este caso, sus estilos de vida son más saludables y no consumen o no han consumido drogas ilegales.

En general, la mayoría tienen problemas de sueño, concretamente un 61.5% (8). “Despertarse muchas veces durante la noche”, “Dormir pocas horas”, “Problemas para conciliar el sueño” fueron los problemas que señalaron. Por otro lado, la mayoría no realiza ninguna actividad física (75%) y más de la mitad de la muestra, el 53.8% (7), tan sólo hacen una comida al día.

En cuanto al consumo de sustancias, comenzando por el alcohol, se ha encontrado que el 61.5% de las mujeres dice no consumir y un 30.8% dice hacerlo de forma ocasional; consume alcohol de 4 a 6 días de la semana el 7.7% de las mujeres; las que dicen consumir alcohol son principalmente las mujeres de origen español.

Con relación al consumo de tabaco, drogas ilegales y drogas inyectadas, tan sólo se detectan 7 casos. Todas ellas son fumadoras. Tan sólo una declara haberse inyectado alguna droga a lo largo de su vida. 5 mujeres consumen o ha consumido drogas ilegales.

A pesar de detectar problemas de salud y estilos de vida poco saludables, la mayoría de las mujeres perciben que su estado de salud es bueno (el 75%).

### 7.3.3. Análisis Estadísticos de la Salud Física.

A continuación ofrecemos los cuadros que contienen los contrastes estadísticos de aquellas variables que han resultado diferentes de forma significativa en la modalidad piso y club.

Modalidad: Piso y Club				
	X <sup>2</sup>	N	$\rho$	Phi
<b>Salud Física</b>				
Casi inactiva	5,318	144	0,021	-0,192
Alimentación correcta	11,817	143	0,001	0,287

*X<sup>2</sup>= valor chi cuadrado; N= número de mujeres;  $\rho$  = significación; Phi = valor Phi de Cramer.*

Tabla 72: Diferencias significativas en las variables de Salud Física en función de la modalidad.



<b>Modalidad y procedencia: Mujeres que ejercen en Piso: Latinas y Españolas</b>				
	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>N</b>	<b>ρ</b>	<b>Phi</b>
<b>Salud Física</b>				
Prueba del VIH realizada	7,964	70	0,005	-0,337
Caminar o pasear	5,132	70	0,023	-0,271
Consumo de tabaco	5,418	70	0,020	0,278

*X<sup>2</sup>= valor chi cuadrado; N= número de mujeres; ρ = significación; Phi = valor Phi de Cramer,*

Tabla 73: Diferencias significativas en las variables de Salud Física en función de la modalidad (piso) y la procedencia.

<b>Procedencia: Mujeres que ejercen en Club latinas-europeas orientales-africanas</b>				
	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>N</b>	<b>ρ</b>	<b>Phi</b>
<b>Salud Física</b>				
ITS	13,978	123	0,001	0,337
Problemas de sueño	6,778	121	0,034	0,237

*X<sup>2</sup>= valor chi cuadrado; N= número de mujeres; ρ = significación; Phi = valor Phi de Cramer,*

Tabla 74: Diferencias significativas en las variables de Salud Física en función de la modalidad (piso) y la procedencia (latinas, del Este y africanas).

<b>Procedencia: Mujeres que ejercen en Club latinas- africanas</b>				
	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>N</b>	<b>ρ</b>	<b>Phi</b>
<b>Salud Física</b>				
ITS	8,215	112	0,004	0,271

*X<sup>2</sup>= valor chi cuadrado; N= número de mujeres; ρ = significación; Phi = valor Phi de Cramer,*

Tabla 75: Diferencias significativas en las variables de Salud Física en función de la modalidad (piso) y la procedencia (latinas y africanas).

Los resultados de los contrastes estadísticos son los siguientes:

La Salud Física varía en función de la modalidad de ejercicio. Las mujeres que ejercen en piso mantienen una alimentación más correcta y tienen un índice mayor de actividad física que las mujeres que ejercen en club.

La Salud Física varía en función de la procedencia de las mujeres:

Entre el grupo de las mujeres que ejercen en la modalidad de piso: las mujeres latinas son las menos fumadoras y son las que se mantienen más activas, y además, se ha hecho las pruebas o control de VIH más veces que las europeas occidentales (españolas o portuguesas).

Entre el grupo de mujeres que ejercen en la modalidad de club: se hallan diferencias significativas en las variables “tener o haber tenido ITS” y “tener problemas de sueño”; el grupo de las mujeres que en mayor proporción han padecido o padecen ITS son las del Este (45,5%), seguidas de las africanas (37,5%) y en tercer lugar, con unos valores muy bajos, las latinas (10, 4%). Con respecto a los problemas de sueño, las mujeres latinas y las africanas manifiestan tener estos problemas en mayor proporción que las mujeres del Este.

### **7.4.1. Salud Sexual de las mujeres que ejercen**

#### **7.4.1. Salud Sexual en la modalidad piso y club**

##### **Interés sexual durante el último mes:**

El 70,8% de las mujeres que ejercen en piso consideran que su interés sexual es normal o más de lo normal; este porcentaje es ligeramente mayor que el obtenido en el grupo de mujeres que ejercen en club (62,8%).

Si se tiene en cuenta la procedencia, tanto las mujeres latinas como las españolas que ejercen en piso obtienen puntuaciones similares.

En el caso de las mujeres que ejercen en la modalidad de club, las mujeres latinas y africanas obtienen puntuaciones similares (60%) frente al grupo de europeas latinas, que afirman tener un interés sexual normal o más de lo normal en el 90% de los casos.

##### **Capacidad de excitación:**

Las mujeres que ejercen en piso y en club obtienen un porcentaje muy similar en esta variable. El 68% de las mujeres de cada modalidad no tienen problemas para conseguir excitación sexual.

Dentro del grupo de mujeres que ejercen en piso, no hay diferencias en este ítem entre españolas y latinas.

En la modalidad de club, tanto latinas como africanas obtienen puntuaciones similares (60%) frente a las mujeres del Este (el 90%).

##### **Capacidad de conseguir un orgasmo:**

En este ítem las puntuaciones obtenidas son muy similares que en el ítem anterior. No se hallan diferencias en función de la modalidad.

Entre las mujeres que ejercen en la modalidad de piso, no hay diferencias en función de la procedencia.

En la modalidad club, las puntuaciones de las mujeres latinas y africanas son similares y más bajas que las mujeres del Este.

Calidad de Vida y Salud de las mujeres que ejercen la prostitución

		PISO n = 76								CLUB n = 124							
Salud Sexual		Latinoamérica n=51		África n=2		Europa oriental n=4		Europa occidental n= 19		Latinoamérica n=96		África n=16		Europa oriental n=11		Europa Occidental n=1	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
INTERES SEXUAL DURANTE EL ULTIMO MES	Más de lo normal	7	14.6	-	-	1	25	2	10.5	7	7.4	2	13.3	-	-	-	-
	Normal	27	56.3	2	100	1	25	11	57.9	52	55.3	7	46.7	10	90.9	-	-
	Mínimamente disminuido	3	6.3	-	-	-	-	2	10.5	3	3.2	-	-	1	9.1	-	-
	Moderadamente disminuido	2	4.2	-	-	-	-	-	-	9	9.6	1	6.7	-	-	-	-
	Marcadamente disminuido	5	10.4	-	-	1	25	3	15.8	15	16	2	13.3	-	-	-	-
	Totalmente ausente	4	8.3	-	-	1	25	1	5.3	8	8.5	3	20	-	-	-	-
CAPACIDAD PARA CONSEGUIR ESTIMULACION O EXCITACIÓN SEXUAL	Más de lo normal	8	16.7	1	50	1	25	2	10.5	7	7.4	1	6.7	-	-	-	-
	Normal	25	52.1	1	50	1	25	11	57.9	50	53.2	8	53.3	9	90	-	-
	Mínimamente disminuido	5	10.4	-	-	-	-	2	10.5	3	3.2	-	-	1	10	-	-
	Moderadamente disminuido	3	6.3	-	-	-	-	1	5.3	10	10.6	1	6.7	-	-	-	-
	Marcadamente disminuido	4	8.3	-	-	1	25	2	10.5	15	16	2	13.3	-	-	-	-
	Totalmente ausente	3	6.3	-	-	1	25	1	5.3	9	9.6	3	20	-	-	-	-
CAPACIDAD PARA CONSEGUIR EL ORGASMO	Más de lo normal	5	10.6	1	50	1	25	3	15.8	7	7.4	1	6.7	-	-	-	-
	Normal	27	57.4	1	50	1	25	9	47.4	49	52.1	8	53.3	9	90	-	-
	Mínimamente disminuido	3	6.4	-	-	-	-	4	21.1	5	5.3	-	-	1	10	-	-
	Moderadamente disminuido	2	4.3	-	-	-	-	-	-	8	8.5	1	6.7	-	-	-	-
	Marcadamente disminuido	4	8.5	-	-	1	25	2	10.5	16	17	2	13.3	-	-	-	-
	Totalmente ausente	6	12.8	-	-	1	25	1	5.3	9	9.6	3	20	-	-	-	-

Calidad de Vida y Salud de las mujeres que ejercen la prostitución

SATISFACCION SEXUAL GLOBAL	Más de lo normal	6	12.5	-	-	1	25	3	15.8	7	7.4	1	6.7	-	-	-	-
	Normal	29	60.4	2	100	1	25	9	47.4	50	53.2	8	53.3	9	90	-	-
	Mínimamente disminuido	4	8.3	-	-	-	-	2	10.5	3	3.2	-	-	1	10	-	-
	Moderadamente disminuido	1	2.1	-	-	-	-	1	5.3	9	9.6	1	6.7	-	-	-	-
	Marcadamente disminuido	4	8.3	-	-	1	25	3	15.8	16	17	2	13.3	-	-	-	-
	Totalmente ausente	4	8.3	-	-	1	25	1	5.3	9	9.6	3	20	-	-	-	-
REPERCUSION DE LA ACTIVIDAD EN LA VIDA SEXUAL	Me afecta demasiado	15	31.3	1	50	2	50	4	21.1	23	24.7	7	50	-	-	-	-
	Me afecta mucho	2	4.2	-	-	-	-	7	36.8	12	12.9	-	-	-	-	-	-
	Me afecta bastante	3	6.3	-	-	-	-	1	5.3	-	-	-	-	-	-	-	-
	Me afecta moderadamente	6	12.5	-	-	-	-	1	5.3	6	6.5	-	-	-	-	-	-
	Me afecta ligeramente	2	.2	-	-	-	-	1	5.3	2	2.2	-	-	1	11.1	-	-
	No me afecta nada	20	41.7	1	50	2	50	5	26.3	50	53.8	7	50	8	88.9	-	-
REPERCUSION DE LA ACTIVIDAD EN LA VIDA SEXUAL	SI	28	58.3	1	50	2	50	14	73.7	43	46.2	7	50	1	11.1	-	-
	NO	20	41.7	1	50	2	50	5	26.3	5	53.8	7	50	8	88.9	-	-

*n: número de sujetos de la muestra; N: número de casos; %: porcentaje*

		<b>PISO</b> n = 76								<b>CLUB</b> n = 124							
<b>Salud Sexual</b>		Latinoamérica n = 51		África n = 2		Europa orienta n = 4		Europa occidental n = 19		Latinoamérica n = 96		África n = 16		Europa oriental n = 11		Europa Occidenta n = 1	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
INTERES SEXUAL	Normal	34	70.8	2	100	2	50	13	68.4	59	62.8	9	60	10	90.9	-	-
ULTIMO MES	Disfuncional	14	29.2	-	-	2	50	6	31.6	35	37.2	6	40	1	9.1	-	-
CAPACIDAD CONSEGUIR	Normal	33	68.8	2	100	2	50	13	68.4	57	60.6	9	60	9	90.9	-	-
EXCITACIÓN SEXUAL	Disfuncional	15	31.3	-	-	2	50	6	31.6	37	39.4	6	40	1	9.1	-	-
CAPACIDAD PARA	Normal	32	68.1	2	100	2	50	12	63.2	56	59.6	9	60	9	90.9	-	-
CONSEGUIR ORGASMO	Disfuncional	15	31.9	-	-	2	50	7	36.8	38	40.4	6	40	1	9.1	-	-
SATISFACCION	Normal	35	72.9	2	100	2	50	12	63.2	57	60.6	9	60	9	90.9	-	-
SEXUAL GLOBAL	Disfuncional	13	27.1	-	-	2	50	7	36.8	37	39.4	6	40	1	9.1	-	-

*n: número de sujetos de la muestra; N: número de casos; %: porcentaje*

Tabla 76: Datos descriptivos cualitativos de la Salud Sexual en la modalidad piso y club

### **Satisfacción sexual global:**

En esta variable se hallan diferencias en función de la modalidad; el 72,9% de las mujeres que ejercen en piso manifiestan tener satisfacción sexual, porcentaje mayor que las mujeres que ejercen en club (el 60,6%).

En cuanto a la procedencia también se hallan diferencias en cada una de las modalidades; en la modalidad de piso, el 72,9% de las mujeres latinas están satisfechas frente al 63,2% de las españolas o portuguesas. En la modalidad de club las mujeres africanas y latinas obtienen puntuaciones más bajas (60%) frente a las mujeres del Este (90%).

### **Repercusión de la actividad en la vida sexual privada:**

Se hallan diferencias en función de la modalidad; hay un porcentaje mayor de mujeres en el grupo de mujeres que ejercen en la modalidad de piso, que manifiestan que la actividad les repercute en su vida privada (el 58,3%) frente al grupo de mujeres que ejercen en club, cuyo porcentaje es mucho menor (el 46,2%).

En la modalidad de piso, la procedencia de la mujer hace variar el porcentaje de mujeres que les repercute la actividad en su vida sexual; es mayor el número de españolas o portuguesas (73,7%) que les repercute el ejercicio de la prostitución frente a las mujeres latinas (el 58,3%).

En la modalidad de club, la proporción de mujeres africanas y latinas que manifiestan tener problemas en su vida sexual privada es similar (50% y 46,2%, respectivamente); bien distinto es el caso de las mujeres del Este, tan solo el 11,1% de las mujeres manifiestan que la prostitución repercute en su vida sexual privada.

### **7.4.2. Salud Sexual de las mujeres que ejercen en la modalidad de calle.**

Los datos analizados anteriormente se corresponden con las mujeres que ejercen en la modalidad de piso y club; estos datos son muy distintos a los que hemos obtenido con las mujeres que ejercen en la modalidad de calle; a continuación presentamos de forma breve la Salud Sexual de esta muestra; el tamaño de la muestra y su especificidad impide la comparación con el resto de la muestra (tanto en función de la modalidad, como en función de la procedencia).

El cuestionario de Salud Sexual tan sólo ha sido contestado por 6 mujeres que ejercen en la calle cuya procedencia es española. Como se puede observar en la tabla 77, las mujeres que ejercen en la modalidad de calle, en concreto las españolas, obtienen puntuaciones más bajas, es decir, una Salud

Sexual más disfuncional si las comparamos con la muestra total de mujeres o con las mujeres que ejercen en la modalidad de piso, españolas. También se constata que a la mayoría de las mujeres que ejercen en la modalidad de calle, la prostitución afecta a su vida sexual privada de forma más acentuada que al resto de la muestra.

Porcentajes de mujeres en cada ítem que obtienen	Muestra calle N= 6	Muestra total, N=207	Muestra piso: europeas occidentales N= 19
<b>Sexual Normal y Funcional</b>			
Interés sexual en el último mes	50%	62,4%	68,4%
Capacidad para conseguir estimulación o excitación sexual	50%	64,5%	68,4%
Capacidad para conseguir el orgasmo	50%	53,3%	63,2%
Satisfacción sexual global	33,3%	64,5%	63,2%
<b>Porcentajes de mujeres que manifiesta la Repercusión de la prostitución en la vida sexual</b>			
No me afecta nada	-	47,8%	21,1%
Me afecta ligeramente	-	3%	36,8%
Me afecta moderadamente	-	7%	5,3%
Me afecta bastante	16,7%	2,5%	5,3%
Me afecta mucho	-	10,9%	5,3%
Me afecta demasiado	83,3%	28,9%	26,3%

Tabla 77: Salud Sexual Funcional de las mujeres que ejercen en la modalidad de calle

### 7.4.3. Análisis Estadísticos de la Salud Sexual.

A continuación ofrecemos los cuadros que contienen los contrastes estadísticos de aquellas variables que han resultado diferentes de forma significativa en la modalidad de piso y club.

Procedencia: Mujeres que ejercen en Club latinas-europeas orientales-africanas						
Salud Sexual	F	gl <sup>1</sup>	gl <sup>2</sup>	P	η <sup>2</sup>	1 - β
Repercusión cuantitativa	3,463	2	113	0,035	0,058	0,638

*F = estadístico empírico de la F de Fisher; gl<sub>1</sub> = grados de libertad del numerador de estadístico empírico;  
gl<sub>2</sub> = grados de libertad del término de contrastación;  
P = probabilidad asumiendo H<sub>0</sub> verdadera; η<sup>2</sup> = tamaño del efecto; 1 - β = potencia de prueba empírica.*

Tabla 78: Diferencias significativas en la Salud Sexual en función de la modalidad (club) y la procedencia (latinas, del Este y africanas)



<b>Procedencia: Mujeres que ejercen en Club latinas-europeas orientales-africanas</b>				
<b>Salud Sexual</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>N</b>	<b>ρ</b>	<b>Phi</b>
Repercusión cualitativa	7,063	116	0,029	0,247

*X<sup>2</sup> = valor chi cuadrado; N = número de mujeres; ρ = significación;  
Phi = valor Phi de Cramer;*

Tabla 79: Diferencias significativas en la Salud Sexual en función de la modalidad (club) y la procedencia (latinas, del Este y africanas)

Los resultados de los contrastes estadísticos son los siguientes:

La Salud Sexual relacionada con el interés sexual, la capacidad de conseguir excitación, la capacidad de conseguir orgasmo y la satisfacción sexual global, no varían en función de la modalidad ni en función de la procedencia.

La repercusión de la prostitución en la Salud Sexual privada no varía en función de la modalidad; sin embargo, si aceptamos un nivel de significación más alto se podríamos afirmar que la actividad afecta a un mayor número de mujeres que ejercen en piso frente a las mujeres que ejercen en club.

La repercusión de la prostitución en la Salud Sexual Privada varía en función de la procedencia: al grupo de mujeres de Europa Oriental que ejercen en club les afecta en menor medida que a las africanas y a las latinas. Si admitimos un nivel de significación más alto podríamos afirmar que el grupo de mujeres europeas occidentales que ejercen en piso les afecta en mayor medida el ejercicio de la prostitución en su vida sexual privada frente a las mujeres latinas;

## **7.5. Salud Psicológica de las mujeres que ejercen la prostitución**

Para valorar la Salud Psicológica se ha aplicado a la muestra en Cuestionario de Salud General (GHQ-28).

Es un cuestionario auto-administrado diseñado y validado por Goldberg (1972) como instrumento de *screening* para uso en consultas médicas y en la población general. El cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ) refleja hasta qué punto una persona cree que su estado actual es distinto del habitual. Es un cuestionario para explorar síntomas subjetivos de estrés psicológico, manifestaciones somáticas frecuentemente asociadas a ansiedad, depresión, dificultades de relación y de cumplimiento de los roles sociales, familiares y profesionales.

El cuestionario está estructurado en cuatro subescalas y deben tenerse en cuenta tres aspectos: 1. Las subescalas representan dimensiones de sintomatología y no se corresponden necesariamente con un trastorno psicológico. 2. Las subescalas no son independientes entre sí. 3. El uso del GHQ no implica suponer que la estructura factorial de la muestra sea la misma que la de la muestra con la que se desarrolló el cuestionario.

En España, la versión de 60 ítems fue validada por Muñoz (1979) y por Muñoz, Vázquez-Barquero, Pastrana, Rodríguez y Oneca (1978) y por Lobo, Pérez Echevarría y Artal (1986). Su punto de corte se establece, dependiendo del proyecto, en una puntuación global de 5/6 ó bien de 6/7. En esta investigación se ha establecido, en un principio, el corte 5/6 dada la especificidad de la muestra.

Los resultados con este punto de corte arrojan que el 57% de las mujeres que ejercen la prostitución en Asturias no presentan malestar psicológico. La puntuación media en la totalidad del cuestionario y en el total de la muestra de las mujeres entrevistadas es de 6,74 (D.T. 6,05).

La experiencia de estudios realizados en otras Comunidades Autónomas y con muestras de población general muestra que los puntos de corte bajos (4/5 ó 5/6) provocan un alto porcentaje de falsos positivos por lo que se recomienda elevar el corte hasta 6/7 con objeto de eliminar un porcentaje importante de personas con malestar psicológico, pero que no cumplen los criterios de personas con problemas psicológicos. Ejemplos de trabajos que han optado por un punto de corte de 6/7 son los realizados por Lobo, Pérez- Echevarría y Artal (1986) y Muñoz, Tejerina-Allen y Cañas (1995). Si escogemos este nuevo punto de corte para nuestra muestra el resultado es más positivo y está en consonancia con los estudios realizados por Romans, Potter, Martin y Herbison (2001), donde la

puntuación media del GHQ-28 para el grupo de mujeres que ejerce fue de 5,3, y la diferencia no es estadísticamente significativa con el grupo de control; y el estudio de Boyle et al. (1997), donde se halla que el 28% de las mujeres que ejercen están por encima del umbral de la morbilidad psiquiátrica leve, porcentaje que no es sensiblemente diferente a las mujeres de la población general.

Si analizamos los datos teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas del GHQ 28, los resultados para el total de la muestra son los siguientes (tabla 80): la escala de Ansiedad/Insomnio es la que obtiene puntuaciones medias más altas (2,50); obtienen puntuaciones intermedias las escalas de Síntomas somáticos y Disfunción social (2.06 y 1,69); la escala que obtiene la puntuación media más baja es la de Depresión (0,66).

GHQ-28	Muestra total de mujeres que ejercen En las tres Modalidades N= 203	
	$\bar{x}$	D.T.
Síntomas somáticos	2.06	1.748
Ansiedad/Insomnio	2.50	2.648
Disfunción social	1.69	1.658
Depresión	0.66	1.512
<b>Total de la Escala</b>	6.74	6.050

*N: número de sujetos de la muestra;  $\bar{x}$  :puntuación media D.T. : desviación típica*

Tabla 80: Puntuaciones de la muestra total de mujeres que ejercen en el GHQ-28

Las puntuación total en el GHQ 28 de las mujeres que ejercen la prostitución es muy alta (6,74) si es comparada con los datos obtenidos por Gili, Ferrer, Roca y Bernardo (2000) (ver tabla 81). En este estudio con población normal, la muestra de pacientes “sin patología” obtiene puntuaciones más bajas que nuestra muestra ( $\bar{x}$  =3,14) y la muestra de pacientes “con patología mental y médica” obtienen puntuaciones mucho más altas que nuestra muestra ( $\bar{x}$  =9,60).

Además cabe mencionar dos datos: por un lado, las mujeres que ejercen la prostitución presentan más Quejas Somáticas que los pacientes “sin patologías” (2 puntos) y los pacientes “con patología” (1 punto); por otro lado, las mujeres que ejercen la prostitución puntúan en la escala

Depresión más bajo que los pacientes sanos (la mitad) y muy por debajo que los pacientes con patología (3 puntos).

GHQ-28	Muestra total de mujeres que ejercen		Gili, Ferrer, Roca y Bernardo (2000)	
	En las tres Modalidades N= 203		Pacientes sin patología N= 114	Pacientes con patología mental y médica N= 30
	$\bar{X}$	D.T.	$\bar{X}$	$\bar{X}$
Síntomas somáticos	2.06	1.748	0,28	1,66
Ansiedad/Insomnio	2.50	2.648	0,93	2,60
Disfunción social	1.69	1.658	0,71	1,73
Depresión	0.66	1.512	1,21	3,63
<b>Total de la Escala</b>	6.74	6.050	3,14	9,60

*N: número de sujetos de la muestra;  $\bar{X}$  :puntuación media D.T. : desviación típica*

Tabla 81: Puntaciones del total de la muestra de mujeres que ejercen en el GHQ-28 y una muestra de estudio de Gili et al. (2000). Elaboración propia.

### 7.5.1. Salud Psicológica en la modalidad piso y club

A continuación presentamos los datos de nuestra muestra, en función de la modalidad de ejercicio y la procedencia de las mujeres (tabla 82).

#### Puntuación total en la escala GHQ-28:

Las mujeres que ejercen en piso manifiestan una puntuación mayor en la escala GHQ-28 (7,28), frente las mujeres que ejercen en club (6,05).

Si analizamos la procedencia, las mujeres de piso que mayores síntomas de malestar psicológico son las españolas o portuguesas (8,38) frente a las latinas (7,28).

En las mujeres que ejercen en club encontramos una mayor variabilidad; las mujeres que exhiben menor malestar psicológico son las europeas orientales (3,73), seguidas de las mujeres africanas (5,20) y por último las latinas (6,05).

Calidad de Vida y Salud de las mujeres que ejercen la prostitución

Salud Psicológica	Latinoamérica n = 51					África n = 2					Europa oriental n = 4					Europa occidental n = 19				
	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME
<b>PISO</b> n = 76																				
GHQ-28	7.28	6.149	1	23	5	-	-	-	-	-	11.75	10.782	1	22	12	8.38	6.344	0	21	7.50
SINTOMAS FÍSICOS	2.40	1.874	1	7	1.5	-	-	-	-	-	3.25	2.062	1	6	3	2	1.944	0	7	1
ANSIEDAD INSOMNIO	2.53	2.564	0	7	2	-	-	-	-	-	3.50	4.041	0	7	3.5	3.50	2.749	0	7	4
RELACIONES SOCIALES	1.61	1.754	0	6	1	-	-	-	-	-	1.50	1.732	0	3	1.5	2.06	1.919	0	6	1
DEPRESION	0.76	1.465	0	6	0	-	-	-	-	-	3.50	3.512	0	7	3.5	1	1.856	0	7	0
	Latinoamérica n=96					África n=16					Europa oriental n=11					Europa occidental n=1				
<b>CLUB</b> N = 124	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME
GHQ-28	6.05	5.514	0	26	4	5.20	3.840	0	13	5	3.73	4.606	0	16	2	-	-	-	-	-
SINTOMAS FÍSICOS	1.83	1.599	0	7	1	2	1.826	0	6	1	1.64	1.963	0	7	1	-	-	-	-	-
ANSIEDAD INSOMNIO	2.45	2.626	0	7	1	1.00	1.611	0	6	0.5	1.45	2.296	0	7	0	-	-	-	-	-
RELACIONES SOCIALES	1.73	1.577	0	6	1	1.53	1.552	0	5	1	0.55	0.820	0	2	0	-	-	-	-	-
DEPRESION	0.34	1.032	0	7	0	0.44	1.031	0	4	0	0.09	0.302	0	1	0	-	-	-	-	-

n: número de sujetos de la muestra;  $\bar{X}$ : media; D.T.: desviación típica; Min: Mínimo; Max: Máximo; ME: mediana.

Tabla 82: Datos descriptivos de la Salud Psicológica en la modalidad piso y club.

### **Síntomas físicos:**

Las mujeres que ejercen en piso tienen más síntomas de malestar físico (2,40) frente a las mujeres que ejercen en club (1,83).

En la modalidad de piso, las mujeres con más síntomas físicos son las latinas (2,40) frente a las españolas (2). En la modalidad de club las mujeres africanas manifiestan mayor puntuación (2) frente a las latinas (1,83) y las europeas orientales (1,64).

### **Ansiedad-Insomnio:**

En esta dimensión tanto las mujeres que ejercen en club como en piso obtienen puntuaciones similares (2,45 y 2,53).

En la modalidad de piso, las mujeres que manifiestan más síntomas en esta dimensión son las españolas (3,50) frente a las latinas (2,53). En la modalidad de club, las mujeres que más síntomas manifiestan en Ansiedad-Insomnio son las latinas (2,45) frente a las mujeres del Este (1,45) y las africanas (1,06).

### **Relaciones sociales:**

Las mujeres que ejercen en club tienen más problemas en las relaciones sociales (1,73) que las mujeres que ejercen en piso (1,61).

En la modalidad de piso, las puntuaciones más altas las obtienen las españolas (2,06) frente a las latinas (1,61). En la modalidad de club, las mujeres que menos problemas presentan en esta dimensión son las mujeres del Este (0,55) frente a los otros grupos de mujeres, las africanas (1,53) y las latinas (1,73).

### **Depresión:**

Las mujeres que ejercen en piso tienen más síntomas relacionados con la depresión (0,76) frente a las mujeres que ejercen en club (0,34).

En la modalidad de piso las mujeres con más síntomas son las españolas (1) frente a las latinas (0,76). En la modalidad de club, las mujeres con menos síntomas son las del Este (0,09) frente a las latinas (0,34) y las africanas (0,44).

El coeficiente de variación (ver tabla 83) arroja los siguientes resultados:

Salud Psicológica	Latinoamérica n = 51			África n = 2			Europa oriental n = 4			Europa occidental n = 19		
	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.
<b>PISO n = 76</b>												
GHQ-28	7.28	6.149	84,34	-	-	-	11.75	10.782	91,74	8.38	6.344	75,65
SINTOMAS FÍSICOS	2.40	1.874	77,91	-	-	-	3.25	2.062	63,38	2	1.944	97
ANSIEDAD INSOMNIO	2.53	2.564	101,18	-	-	-	3.50	4.041	115,42	3.50	2.749	78,28
RELACIONES SOCIALES	1.61	1.754	108,69	-	-	-	1.50	1.732	115,33	2.06	1.919	92,71
DEPRESION	0.76	1.465	192,10	-	-	-	3.50	3.512	100,28	1	1.856	185
	Latinoamérica n=96			África n=16			Europa oriental n=11			Europa occidental n=1		
<b>CLUB N = 124</b>	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.
GHQ-28	6.05	5.514	91,07	5.20	3.840	73,84	3.73	4.606	26,80	-	-	-
SINTOMAS FÍSICOS	1.83	1.599	86,88	2	1.826	91	1.64	1.963	119,51	-	-	-
ANSIEDAD INSOMNIO	2.45	2.626	40,81	1.06	1.611	94,33	1.45	2.296	68,96	-	-	-
RELACIONES SOCIALES	1.73	1.577	90,75	1.53	1.552	101,30	0.55	0.820	149,09	-	-	-
DEPRESION	0.34	1.032	303,52	0.44	1.031	234,09	0.09	0.302	333,33	-	-	-

*n*: número de sujetos de la muestra;  $\bar{X}$ : media; D.T.: desviación típica; C.V.: coeficiente de variación.

Tabla 83: Coeficiente de Variación de la Salud Psicológica de las mujeres que ejercen en piso y club.

- En función de la modalidad (piso/club)
  - o La puntuación total del GHQ 28 obtiene una mayor variabilidad entre el grupo que mujeres que ejercen en la modalidad de club.
  - o Las subescalas de Síntomas Físicos y Depresión arrojan coeficientes de variación más altos entre las mujeres que ejercen en club; sin embargo, las subescalas de Ansiedad- Insomnio y Relaciones Sociales, las puntuaciones son más variables en el caso de las mujeres que ejercen en piso.

- En función de la procedencia de las mujeres que ejercen en piso:
  - Las puntuaciones son más variables para el grupo de las latinas que para el grupo de las españolas, tanto en la puntuación total de GHQ 28 como para todas las subescalas, excepto en el caso de la subescala Síntomas Físicos, que es más variable para el grupo de españolas.
- En función de la procedencia de las mujeres que ejercen en club:
  - El grupo de las latinas son las que presentan puntuaciones más variables en la escala total del GHQ 28.
  - El grupo de las africanas presentan más variabilidad en la subescala de Ansiedad-Insomnio.
  - El grupo de las Europeas Orientales obtienen puntuaciones más variables en las subescalas de Síntomas Físicos, Relaciones Sociales y Depresión.

### 7.5.2. Salud Psicológica de las Mujeres que ejercen en la modalidad de calle

Los datos analizados anteriormente se corresponden con las mujeres que ejercen en la modalidad de piso y club; estos datos son muy distintos a los que hemos obtenido con las mujeres que ejercen en la modalidad de calle; a continuación presentamos de forma breve las puntuaciones en el GHQ-28 de esta muestra; el tamaño de la muestra y su especificidad impide la comparación con el resto de la muestra (tanto en función de la modalidad, como en función de la procedencia). El cuestionario GhQ-28 ha sido respondido por 5 mujeres, en concreto las españolas. Los resultados se muestran en la tabla 84.

Estado de Salud General GHQ 28	Modalidad de Calle n=5	Muestra total n= 203
Síntomas somáticos	$\bar{X}$ 3,33	$\bar{X}$ 2.06
Ansiedad e insomnio	5,33	2.50
Disfunción social	3,33	1.69
Depresión	4	0.66
Total	15,60	6.74

*N: número de sujetos;  $\bar{X}$  : puntuación media.*

*Tabla 84: Puntuaciones en el GHQ-28 de las mujeres que ejercen en la modalidad de calle.*



Como se observa en la tabla anterior las mujeres que ejercen en la calle puntúan más del doble en el GHQ 28 (15,60) que la muestra total de mujeres (6,74). Es evidente que las mujeres que ejercen en esta modalidad tienen más problemas de salud psicológica que las mujeres que ejercen en las otras dos modalidades; si comparamos estas puntuaciones con las obtenidas por Gili et al. (2000), las mujeres españolas que ejercen en la modalidad de calle presentan mayores síntomas de malestar psicológico que la muestra de pacientes con patología mental y médica.

### 7.5.3. Análisis Estadísticos de la Salud Psicológica

A continuación vamos a presentar el análisis de los datos que han resultado diferentes de forma significativa en la modalidad piso y club.

Modalidad (Piso y Club)						
Salud Psicológica	F	$gl^1$	$gl^2$	P	$\eta^2$	$1 - \beta$
Escala GHQ: Depresión	3,995	1	142	0,048	0,027	0,510

*F = estadístico empírico de la F de Fisher;  $gl_1$  = grados de libertad del numerador de estadístico empírico;  $gl_2$  = grados de libertad del término de contrastación; P = probabilidad asumiendo  $H_0$  verdadera;  $\eta^2$  = tamaño del efecto;  $1 - \beta$  = potencia de prueba empírica.*

Tabla 85: Diferencias significativas en la Salud Psicológica en función de la modalidad.

Procedencia: Mujeres que ejercen en Club: latinas-africanas						
Salud Psicológica	F	$gl^1$	$gl^2$	P	$\eta^2$	$1 - \beta$
Escala GHQ. Ansiedad Insomnio	4,174	1	105	0,044	0,038	0,526

*F = estadístico empírico de la F de Fisher;  $gl_1$  = grados de libertad del numerador de estadístico empírico;  $gl_2$  = grados de libertad del término de contrastación; P = probabilidad asumiendo  $H_0$  verdadera;  $\eta^2$  = tamaño del efecto;  $1 - \beta$  = potencia de prueba empírica.*

Tabla 86: Diferencias significativas en la Salud Psicológica en función de la modalidad (club) y la procedencia (latinas y africanas).

Procedencia: Mujeres que ejercen en Club: latinas-europeas orientales						
Salud Psicológica	F	$gl^1$	$gl^2$	P	$\eta^2$	$1 - \beta$
GHQ-28 Disfunción social	5,960	1	101	0,016	0,056	0,677

*F = estadístico empírico de la F de Fisher;  $gl_1$  = grados de libertad del numerador de estadístico empírico;*

*$gl_2$  = grados de libertad del término de contrastación;*

*P = probabilidad asumiendo  $H_0$  verdadera;  $\eta^2$  = tamaño del efecto;  $1 - \beta$  = potencia de prueba empírica.*

*Tabla 87: Diferencias significativas en la Salud Psicológica en función de la modalidad (club) y la procedencia (latinas y del Este).*

Los resultados de los contrastes estadísticos son los siguientes:

La Salud Psicológica, puntuación total del GHQ.28, no varía en función de la modalidad ni en función de la procedencia.

Sin embargo, existen diferencias significativas en las subescalas que componen el GHQ.28:

- las mujeres que ejercen en piso tienen más síntomas en la dimensión Depresión que las mujeres que ejercen en club.
- Entre las mujeres que ejercen en club, las latinas tienen más síntomas en la dimensión Ansiedad- Insomnio que las africanas.
- Entre las mujeres que ejercen en club, las latinas presentan más malestar en las Relaciones Sociales que las europeas orientales.

## **7.6. Salud Social de las mujeres que ejercen la prostitución**

En este apartado vamos a analizar los resultados obtenidos en la muestra total y en cada una de las modalidades en las escalas aplicadas sobre Apoyo social percibido (DUKE-UNC) y sobre disfunción y problemas en las relaciones familiares (APGAR familiar).

### **7.6.1. Salud Social en la modalidad piso y club**

**La Escala de Apoyo Social Percibido DUKE-UNC** evalúa cuantitativamente el apoyo social percibido en relación a dos aspectos: personas a las que se puede comunicar sentimientos íntimos y personas que expresan sentimientos positivos de empatía. Es un cuestionario de auto evaluación formado por 11 ítems que recogen la opinión sobre la disponibilidad de las personas capaces de ofrecer ayuda ante las dificultades, facilidades para la relación social y para comunicarse de forma empática y emotiva. Los ítems del cuestionario recogen valores de dos dimensiones: la confidencialidad y el apoyo afectivo.

La mayoría de las mujeres que componen nuestra muestra total obtienen una puntuación igual o mayor de 32, por lo que se diría que estas mujeres tienen un apoyo social percibido normal.

Si se analizan los datos en función de la modalidad de ejercicio y de la procedencia de las mujeres los resultados son los siguientes:

Las mujeres que ejercen en club obtienen mayor puntuación (42,10) frente a las mujeres que ejercen en piso (37,35).

Si se tiene en cuenta la procedencia de las mujeres que ejercen en piso, se constatan puntuaciones muy similares para las latinas (37,35) y para las españolas (38,79).

En la modalidad de club las mujeres latinas y del Este obtienen puntuaciones similares (42,10 y 43, 54); estas puntuaciones son más altas que las obtenidas por el grupo de mujeres africanas (38,50).

Con independencia de la procedencia o de la modalidad de ejercicio, todas las mujeres valoran de forma más positiva, y por lo tanto obtienen puntuaciones más altas, en la dimensión Comunicación y Confidencialidad (frente a la dimensión apoyo afectivo).

Calidad de Vida y Salud de las mujeres que ejercen la prostitución

<b>PISO</b> n = 76																				
<b>Salud Social</b>	Latinoamérica n = 51					África n = 2					Europa oriental n = 4					Europa occidental n = 19				
	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME
APGAR FAMILIAR	6.34	3.396	0	10	7	-	-	-	-	-	4	2.708	0	6	5	5.58	3.203	0	10	6
DUKE-UNC	37.353	10.725	15	54	39	-	-	-	-	-	35	16.269	14	51	37.5	36.790	12.843	15	54	39
SUBESCALA DUKE-UNC SOCIOAFECTIVO	16.314	5.290	5	24	17	-	-	-	-	-	15.50	7.000	7	23	16	16.611	5.326	9	24	15
SUBESCALA DUKE-UNC CONFIDENCIAL	21.408	5.834	7	30	23	-	-	-	-	-	19.50	9.327	7	28	21.5	21.167	7.641	7	30	23.50
<b>CLUB</b> n = 124																				
	Latinoamérica n=96					África n=16					Europa oriental n=11					Europa occidental n=1				
	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME
APGAR FAMILIAR	8.32	2.450	0	13	9	6.50	3.286	1	10	7.5	7.82	3.371	2	10	10	-	-	-	-	-
DUKE-UNC	42.106	9.475	13	55	44	38.50	9.295	18	53	39	43.546	6.267	29	50	44	-	-	-	-	-
SUBESCALA DUKE-UNC SOCIOAFECTIVO	19.077	4.316	8	25	20	17.50	4.017	10	24	18	19.636	2.730	14	23	20	-	-	-	-	-
SUBESCALA DUKE-UNC CONFIDENCIAL	23.312	5.158	7	30	24	21	5.669	8	29	21.5	23.909	3.700	15	28	24	-	-	-	-	-
n: número de sujetos de la muestra; $\bar{X}$ : media; D.T.: desviación típica; Min: Mínimo; Max: Máximo; ME: mediana.																				

Tabla 88: Datos descriptivos de la Salud Social en la modalidad piso y club.

### **Apgar familiar:**

Las mujeres que obtienen entre 7-10 son normo- funcionales y por lo tanto no tienen problemas en sus relaciones familiares; este es el caso de las mujeres que ejercen en club (latinas y del Este).

Las mujeres que obtienen puntuaciones inferiores a 7 (puntuaciones entre 4-6) se dividen en disfunciones leves, como es el caso de las mujeres africanas que ejercen en club y las mujeres que ejercen en piso, tanto, latinas como españolas.

Y por último, las mujeres que obtienen puntuaciones entre 0-3 son disfuncionales graves (en nuestra muestra no se ha hallado ningún grupo con estas puntuaciones).

Si realizamos un análisis de los datos en función de la modalidad de ejercicio y de la procedencia de las mujeres los resultados son los siguientes:

Las mujeres que ejercen en club tienen puntuaciones más altas (8,32) que las mujeres que ejercen en piso (6,34).

En la modalidad de piso, las españolas o portuguesas (5,58) obtienen puntuaciones más bajas que las mujeres latinas (6,34). En la modalidad de club, las africanas obtienen las puntuaciones más bajas (6,50) frente a las mujeres del Este (7,82) y las latinas (8,32).

Si analizamos el coeficiente de variación, (tabla 89), de las puntuaciones obtenidas en ambas escalas se constatan los siguientes datos:

- Apgar Familiar
  - Entre las mujeres que ejercen en piso, existe una gran diferencia en función de la procedencia, las mujeres latinas presentan una mayor variabilidad que las mujeres europeas occidentales.
  - Entre las mujeres que ejercen en club, observamos también diferencias, las latinas presentan menos variabilidad que las mujeres del Este y las africanas.
  - Si tenemos en cuenta la modalidad, las mujeres que ejercen en piso, tienen una mayor variabilidad que las mujeres que ejercen en club
- Duke- Unc:
  - Existen diferencias ente las mujeres que ejercen en piso en función de la procedencia, las mujeres de Europa occidental presentan más variabilidad en las puntuaciones que las mujeres latinas.

- Ente las mujeres que ejercen en club, la variabilidad es semejante en el caso de las mujeres latinas y las africanas y más altas si son comparadas con las de Este.
- Si tenemos en cuenta la modalidad, el coeficiente de variación es ligeramente mayor en el caso de las mujeres que ejercen en la modalidad de piso.

<b>PISO</b>												
<b>n = 76</b>												
<b>Salud Social</b>	Latinoamérica n = 51			África n = 2			Europa oriental n = 4			Europa occidental n = 19		
	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.
APGAR FAMILIAR	6.34	3.396	53,47	-	-	-	4	2.708	67,5	5.58	3.203	17,92
DUKE-UNC	37.353	10.725	28,70	-	-	-	35	16.269	46,54	36.790	12.843	34,90
DUKE-UNC SOCIOAFECTIVO	16.314	5.290	32,43	-	-	-	15.50	7.000	45,16	16.611	5.326	32,20
DUKE-UNC CONFIDENCIAL	21.408	5.834	27,24	-	-	-	19.50	9.327	5,12	21.167	7.641	36,10
<b>CLUB</b>												
<b>n = 124</b>												
	Latinoamérica n=96			África n=16			Europa oriental n=11			Europa occidental n=1		
	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.
APGAR FAMILIAR	8.32	2.450	29,44	6.50	3.286	50,46	7.82	3.371	43,09	-	-	-
DUKE-UNC	42.106	9.475	22,49	38.50	9.295	24,12	43.546	6.267	14,37	-	-	-
DUKE-UNC SOCIOAFECTIVO	19.077	4.316	22,60	17.50	4.017	22,91	19.636	2.730	13,90	-	-	-
DUKE-UNC CONFIDENCIAL	23.312	5.158	22,09	21	5.669	26,95	23.909	3.700	15,48	-	-	-

*n: número de sujetos de la muestra;  $\bar{X}$ : media; D.T.: desviación típica; C.V.: Coeficiente de Variación.*

Tabla 89: Coeficiente de Variación de la Salud Social

### 7.6.2. Salud Social de las Mujeres que ejercen en la modalidad de calle

Los datos analizados anteriormente se corresponden con las mujeres que ejercen en la modalidad de piso y club; estos datos son muy distintos a los que hemos obtenido con las mujeres que ejercen en la modalidad de calle; a continuación presentamos de forma breve la salud Social de esta muestra; el tamaño de la muestra y su especificidad impide la comparación con el resto de la muestra (tanto en función de la modalidad, como en función de la procedencia).

Los cuestionarios de apoyo social y familiar ha sido respondidos por un total de 6 mujeres, en concreto, las mujeres españolas que ejercen en la modalidad de calle. Los resultados se muestran en la tabla 90. Como se puede observar en la tabla siguiente, tan sólo el 50% de la muestra tiene un Apoyo Social funcional (DUKE-UNC); tan sólo el 16,7% tiene un apoyo familiar funcional / APGAR familiar).

	Modalidad calle		Muestra total	
	N=6		N= 206	
	Normal	Bajo	Normal	Bajo
<b>DUKE-UNC: escala total</b>	50%	50%	74.1%	25.9%
<b>Subescalas:</b>				
Escala : Apoyo emocional y afectivo	50%	50%	73,6%	26,4%
Escala Confidencial y comunicación	66,7%	33,3%	81,7%	18,3%
<b>Apgar FAMILIAR</b>				
<b>Normo- funcionales (7-10)</b>		16,7%		63,1%
Disfuncionales leves (4-6)		16,7%		20,2%
Disfuncionales graves (03)		66,7%		16,7%

Tabla 90: Puntuaciones en las escalas de Salud Social de las mujeres que ejercen en la calle

### 7.6.3. Análisis Estadísticos de la Salud Social

A continuación ofrecemos los cuadros que contienen los contrastes estadísticos de aquellas variables que han resultado diferentes de forma significativa en la modalidad piso y club.

Modalidad: Piso y Club						
Salud Social	F	$gl^1$	$gl^2$	P	$\eta^2$	$1 - \beta$
Duke-unc total	7,576	1	143	0,007	0,050	0,781
Subescala duke: afectivo	11,360	1	140	0,001	0,075	0,917
Subescala duke: confidencial	4,037	1	141	0,046	0,028	0,514
Apgar familiar	16,126	1	141	0,000	0,103	0,979

*F = estadístico empírico de la F de Fisher;  $gl_1$  = grados de libertad del numerador de estadístico empírico;  $gl_2$  = grados de libertad del término de contrastación; P = probabilidad asumiendo  $H_0$  verdadera;  $\eta^2$  = tamaño del efecto;  $1 - \beta$  = potencia de prueba empírica.*

Tabla 91: Diferencias significativas en la Salud Social en función de la modalidad.

Procedencia: Mujeres que ejercen en Club: latinas-europeas orientales-africanas				
Salud Social	$X^2$	N	$\rho$	CC
APGAR familiar puntos de corte	12,223	120	0,016	0,304

*$X^2$  = valor chi cuadrado; N = número de mujeres;  $\rho$  = significación; CC = Coeficiente de contingencia.*

Tabla 92: Diferencias significativas en la Salud Social en función de la modalidad (club) y la procedencia (latinas, del Este y africanas).

Procedencia: Mujeres que ejercen en Club: latinas- africanas				
Salud Social	$X^2$	N	$\rho$	CC
APGAR familiar categórica	6,029	109	0,049	0,229

*$X^2$  = valor chi cuadrado; N = número de mujeres;  $\rho$  = significación; CC = Coeficiente de contingencia.*

Tabla 93: Diferencias significativas en la Salud Social en función de la modalidad (club) y la procedencia (latinas y africanas).



Procedencia: Mujeres que ejercen en Club: latinas-africanas						
Salud Social	F	$gl^1$	$gl^2$	P	$\eta^2$	$1 - \beta$
APGAR familiar	6,793	1	107	0,010	0,060	0,773

*F = estadístico empírico de la F de Fisher;  $gl_1$  = grados de libertad del numerador de estadístico empírico;  
 $gl_2$  = grados de libertad del término de contrastación;  
P = probabilidad asumiendo  $H_0$  verdadera;  $\eta^2$  = tamaño del efecto;  $1 - \beta$  = potencia de prueba empírica.*

Tabla 94: Diferencias significativas en la Salud Social en función de la modalidad (club) y la procedencia (latinas y africanas).

Los resultados de los contrastes estadísticos son los siguientes:

Existen diferencias en el apoyo social (DUKE- UNC) y familiar (APGAR familiar) en función de la modalidad: las mujeres que ejercen en club son las que perciben más apoyos socio-familiares frente a las mujeres que ejercen en piso. Las puntuaciones de las mujeres que ejercen en piso, son más altas en ambas escalas.

Existen diferencias del apoyo familiar en función de la procedencia: entre las mujeres que ejercen en el club, el grupo que más disfunción familiar presentan son las mujeres africanas, frente a las mujeres latinas y las mujeres del Este.

## **7.7. Salud Ambiental de las mujeres que ejercen la prostitución**

En este apartado vamos a exponer los resultados que están más relacionados con el entorno de la prostitución. En este bloque se les ha preguntado a través de preguntas abiertas y semi-cerradas sobre aspectos relacionados con los peligros que perciben en su entorno, qué les preocupa o temen, si han sufrido agresiones, etc.

### **7.7.2. Salud Ambiental en la modalidad piso y club**

A continuación en la tabla 95 mostramos los análisis de la Salud Ambiental en función de la procedencia de las mujeres y de la modalidad de ejercicio.

#### **Actividad peligrosa:**

Consideran que la actividad es peligrosa, tanto la mayoría de las mujeres que ejercen en piso como la mayoría de las mujeres que ejercen en club. Sin embargo, si analizamos esta variable en función de la procedencia, constatamos diferencias significativas entre las mujeres latinas y las europeas occidentales que ejercen en piso; la mayoría de las latinas (80,4%) consideran peligrosa la actividad, mientras que la mitad de la muestra de las europeas (48,4%) no la consideran como peligrosa. Si se analizan los datos en función de la procedencia de las mujeres que ejercen en club se registran datos muy similares tanto para las Latinas, como las africanas y las mujeres del Este.

		PISO n = 76								CLUB n = 124							
Salud Ambiental		Latinoamérica n = 51		África n = 2		Europa oriental n = 4		Europa occidental n = 19		Latinoamérica n=96		África n=16		Europa oriental n=11		Europa occidental n=1	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ACTIVIDADES	SI	37	80.4	1	50	3	75	9	47.4	69	80.2	13	86.7	6	75	-	-
PELIGROSA	NO	9	19.6	1	50	1	25	10	52.6	17	19.8	2	13.3	2	25	-	-
HA RECIBIDO	SI	5	10	-	-	2	50	2	10.5	12	12.5	4	25	3	27.3	-	-
MALTRATO FISICO	NO	45	90	2	100	2	50	17	89.5	84	87.5	12	75	8	72.7	-	-
HA RECIBIDO	SI	19	37.3	-	-	3	75	4	21.1	28	29.2	12	75	4	36.4	-	-
MALTRATO PSIC.	NO	31	60.8	2	100	1	25	15	78.9	68	70.8	4	25	7	63.6	-	-
HA RECIBIDO	SI	3	6.1	-	-	-	-	-	-	1	1.1	-	-	2	20	-	-
ABUSOS Y/O	NO	46	93.9	2	100	4	100	19	100	93	98.9	16	100	8	80	-	-
VIOLACIONES																	

*n: número de sujetos de la muestra; N: número de casos; %: porcentaje*

Tabla 95: Datos descriptivos cualitativos de la Salud Ambiental en la modalidad piso y club.

### Principales temores:

Se les ha preguntado a las mujeres sobre el tipo de temores asociados al entorno de la prostitución; los resultados son los siguientes (tabla 96):

Porcentaje de respuestas afirmativas (si) para cada tipo de temores							
Tipo de Temores	Piso= 76				Club: 124		
	Latinas n=51	Africanas n= 2	Europa Oriental n= 4	Europa Occiden. n= 19	Latinas n= 96	Africanas n=16	Europa oriental n=11
Enfermedades,	76,9	100	66,7	54,5	69,1	45,5	40,0
Violencia, agresiones del cliente	48,7	100	33,3	63,6	44,1	63,6	40,0
Rotura del condón	33,3	100	66,7	36,4	19,1	27,3	20,0
Contagio VIH o del SIDA	28,2	100	33,3	27,3	8,8	36,4	-
Cliente bajo el efecto de las drogas	28,2	100	-	-	19,1	27,3	-
El cliente no quiere usar el condón	25,6	100	-	-	19,1	27,3	-
Clientes ebrios	23,1	100	33,3	9,1	17,6	27,3	-
Peticiones desagradables	20,5	100	-	27,3	11,8	9,1	-
Otros temores	20,5	-	33,3	-	8,8	36,4	-

Tabla 96: Tipo de Temores.

Como se puede observar en la tabla, los temores están relacionados principalmente con el contagio de enfermedades o tener problemas de salud, sufrir violencia o agresiones por parte de los clientes, y la rotura del condón (que implica embarazo no deseado y/o contagio de ITS).

Si atendemos a la modalidad, las mujeres que ejercen en piso tienen más miedo a la rotura del condón, el contagio del VIH y a los clientes bajo los efectos de las drogas. Por otro lado, si atendemos a la procedencia, destaca el caso de las españolas que ejercen en piso; para estas mujeres el miedo a las agresiones del cliente es uno de los principales temores, en cambio, las latinas que ejercen en piso exhiben un mayor número de temores, destacando el miedo al contagio de enfermedades y la violencia del cliente. Entre las mujeres que ejercen en la modalidad de club también se constatan diferencias; las mujeres latinas y las mujeres del Este tienen más miedo a las enfermedades y a la violencia del cliente; en cambio, las mujeres africanas, temen principalmente a la violencia del cliente y al contagio de enfermedades y VIH.

En la tabla 97 se señalan el número de temores señalados por cada grupo de mujeres; la tabla arroja los siguientes datos:

- El número de temores es similar en ambas modalidades, a pesar de las diferencias de las condiciones en las que se desarrolla la prostitución.
- En el grupo de mujeres que ejercen en la modalidad de piso, las españolas son las que perciben menos temores.
- Entre el grupo de mujeres que ejercen en club, las que señalan menos temores son las mujeres del Este.

Número de temores																
Piso= 76										Club= 124						
	Latinas		Africanas		Europa Oriental		Europa occidental		Latinas		Africanas		Europa oriental		Europa occidental	
	N=51		N= 2		N= 4		N=19		N= 96		N=16		N=11		N=1	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	12	23.5	1	50	1	25	8	42,1	28	29.2	5	31.3	6	54.5	-	-
1	16	31.4	-	-	1	25	5	26,3	33	34.4	3	18.8	5	45.5	-	-
2	9	17.6	-	-	-	-	2	10,5	20	20.8	3	18.8	-	-	-	-
3	3	5.9	-	-	1	25	2	10,5	7	7.3	3	18.8	-	-	-	-
4 o más	11	21.6	1	50	1	25	2	10,5	8	8.2	2	12.5	-	-	-	-

*n: número de sujetos de la muestra; N: número de casos; %: porcentaje*

Tabla 97: Número de Temores señalados por las mujeres que ejercen la prostitución

### Maltrato físico:

Las mujeres que ejercen en club han sufrido en mayor proporción maltratos físicos si son comparadas con las mujeres que ejercen en piso (12,5% frente al 10%).

No hay diferencias entre las mujeres que ejercen en piso ya que las cifras son similares (10%); sin embargo, entre las mujeres que ejercen en club se hallan diferencias importantes en función de la procedencia: las mujeres del Este son las que en mayor proporción han sufrido maltrato físico (27,3%), seguidas de las Africanas (25%) y por último y en menor proporción las latinas (12,5%).

### **Maltrato psicológico:**

Esta variable cuenta con mayores porcentajes, Las mujeres sufren en mayor medida maltrato psicológico frente al físico.

Si se compara la variable en función de la modalidad, se constata que las mujeres que ejercen en piso sufren en mayor proporción (37,3%) maltrato psicológico que las mujeres que ejercen en club (29,2%).

Si se compara esta variable en función de la procedencia entre las mujeres que ejercen en piso, las mujeres latinas se sienten más maltratadas a nivel psicológico (37,3%) que las europeas occidentales (21,1%).

Entre las mujeres que ejercen en club se observan grandes diferencias en función de la procedencia: las mujeres que más han sufrido este tipo de maltrato son las africanas (75%), seguidas de las mujeres del Este (36,4%) y por último, las latinas (29,2%).

### **Abusos o violaciones:**

Esta variable es la que menos porcentajes de casos ha obtenido; las mujeres de Europa Oriental que ejercen en club son el grupo de mujeres que más han sufrido este tipo de maltrato (20%); a continuación, las mujeres de origen latinoamericano que ejercen en piso (6,1%) y en último lugar, las latinas que ejercen en club (1,1%).

#### **7.7.2. Salud Ambiental de las Mujeres que ejercen en la modalidad de calle**

Los datos analizados anteriormente se corresponden con las mujeres que ejercen en la modalidad de piso y club; estos datos son muy distintos a los que hemos obtenido con las mujeres que ejercen en la modalidad de calle; a continuación presentamos de forma breve la Salud Ambiental de esta muestra; el tamaño de la muestra y su especificidad impide la comparación con el resto de la muestra (tanto en función de la modalidad, como en función de la procedencia).

Las mujeres que ejercen en la calle son las que tienen más problemas en la Salud Ambiental.

En esta modalidad se perciben más riesgos de sufrir agresiones físicas y psicológicas y todas las formas de maltrato. Desde que se dedican a esta actividad han sufrido abusos o violaciones el 25% (3) de las mujeres.

Han recibido malos tratos físicos por parte de clientes el 7.7% (1) de las mujeres; ninguna ha recibido maltrato físico a manos de jefes o de compañeras de actividad. Consideran la prostitución de calle una actividad peligrosa el 81.8% (9) de las mujeres.

### 7.7.3. Análisis Estadísticos de la Salud Ambiental

A continuación ofrecemos los cuadros que contienen los contrastes estadísticos de aquellas variables que han resultado diferentes de forma significativa en la modalidad piso y club.

Modalidad: Piso y Club				
Salud Ambiental	X <sup>2</sup>	N	ρ	Phi
Temor al contagio del VIH	6,967	107	0,008	0,255

*X<sup>2</sup>= valor chi cuadrado; N= número de mujeres; ρ = significación; Phi = valor Phi de Cramer;*

Tabla 98: Diferencias significativas en la Salud Ambiental en función de la modalidad.

Procedencia y modalidad: Mujeres que ejercen en Piso (latinas y españolas)				
Salud Ambiental	X <sup>2</sup>	N	ρ	Phi
Actividad es peligrosa	7,107	65	0,008	-0,331
Temor a los clientes bajo los efectos de las drogas	4,315	51	0,038	-0,291

*X<sup>2</sup>= valor chi cuadrado; N= número de mujeres; ρ = significación; Phi = valor Phi de Cramer;*

Tabla 99: Diferencias significativas en la Salud Ambiental en función de la modalidad (piso) y la procedencia.

<b>Procedencia: Mujeres que ejercen en Club latinas-europeas orientales-africanas</b>				
<b>Salud Ambiental</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>N</b>	<b>ρ</b>	<b>Phi</b>
Malos tratos psicológicos	12,541	123	0,002	0,319
Abusos sexuales o violaciones	13,770	120	0,001	0,339
Temor al contagio del VIH	7,566	84	0,023	0,300
Otros temores	7,566	84	0,023	0,300

*X<sup>2</sup>= valor chi cuadrado; N= número de mujeres; ρ = significación; Phi = valor Phi de Cramer;*

Tabla 100: Diferencias significativas en la Salud Ambiental en función de la modalidad (club) y la procedencia (latinas, del Este y africanas).

<b>Procedencia: Mujeres que ejercen en Club latinas-africanas</b>				
<b>Salud Ambiental</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>N</b>	<b>ρ</b>	<b>Phi</b>
Malos tratos psicológicos	12,548	112	0,000	0,335
Temor al contagio del VIH	6,495	79	0,011	0,287
Otros temores	6,495	79	0,011	0,287

*X<sup>2</sup>= valor chi cuadrado; N= número de mujeres; ρ = significación; Phi = valor Phi de Cramer;*

Tabla 101: Diferencias significativas en la Salud Ambiental en función de la modalidad (club) y la procedencia (latinas, del Este y africanas).

Los resultados de los contrastes estadísticos son los siguientes:

Las mujeres de piso, frente a las de club, son el grupo con un mayor número de mujeres con miedo al contagio del VIH.

Entre las mujeres que ejercen en piso, el grupo de las latinas consideran la actividad peligrosa en mayor proporción que las españolas.

Entre las mujeres que ejercen en piso, el grupo de las latinas tienen miedo a los clientes bajo el efecto de las drogas en mayor proporción que las españolas.

Entre las mujeres que ejercen en club, las mujeres que más han sufrido maltrato psicológico son las africanas.



Entre las mujeres que ejercen en club, las mujeres que más han sufrido abusos sexuales o violación son las del Este.

Entre las mujeres que ejercen en club, el grupo con mayor proporción de mujeres que manifiestan temor por el contagio del VIH son las africanas.

Si se comparan las latinas y las africanas que ejercen en club, existen diferencias significativas entre las variables “maltrato psicológico” y “temor al contagio del VIH”; las africanas son las que más han sufrido este tipo de maltrato y son el grupo que en mayor proporción tienen miedo al contagio del VIH.

### **7.8. Calidad de Vida de las mujeres que ejercen la prostitución**

Según la OMS (1994), la calidad de vida es la “*percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses*”. En nuestro estudio hemos evaluado la calidad de vida mediante el WHOQOL BREF (WHOQOL Group, 1995) el cual produce un perfil de cuatro áreas: Salud Física, Psicológica, Social y Ambiental.

Los resultados de nuestra muestra total en el WHOQOL BREF son los siguientes (tabla 102): La muestra total de mujeres que ejercen la prostitución, incluidas todas las modalidades, obtienen puntuaciones medicas muy similares en todas las áreas (Salud Psicológica, Social y Ambiental), excepto en Salud Física, por lo tanto, podemos afirmar, que la percepción de su Salud Física es más negativa si se compara con las otras áreas que componen la Calidad de Vida.

En cuanto al coeficiente de variación, destaca que la mayor variabilidad entre las puntuaciones ocurre en la Salud Social, debido principalmente por la disparidad de situaciones de la muestra total (mujeres con familia en su país de origen, mujeres con sus familias en el país de acogida, mujeres españolas con familia, españolas con graves problemas socio-familiares, etc.).

WHOQOL-BREF	Muestra Total (Calle, piso, club) N=206		
	$\bar{X}$	D.T.	C.V.
Salud Física	12,47	2,709	22,37
Salud Psicológica	14,46	2,630	18,18
Salud Social	14,55	3,750	25,77
Salud Ambiental	14,49	2,940	20,28

N: muestra; Media :  $\bar{X}$  ; D.T.: desviación típica; C.V.: coeficiente de variación

Tabla 102: Puntuaciones medias en las Subescalas de Calidad de Vida en la muestra total de mujeres que ejercen la prostitución en las tres modalidades.

El estudio más reciente realizado por el grupo de la OMS sobre Calidad de Vida (Skevington, Lotfy y O'Connell, 2004) aplica el WHOQOL-BREF en diferentes muestras de diversos países, entre ellos, España. Los resultados del estudio se muestran en la tabla 103; en la tabla se reflejan los datos para la muestra total, la muestra de mujeres (53% de la muestra total), los datos por tramos de edad (20% de la muestra total para cada tramo) y las puntuaciones obtenidos por la muestra de España.

Calidad de Vida WHOQOL-BREF Skevington, Lotfy y O'Connell (2004)															
Muestra total N= 11.830			Muestra de Mujeres N= 6.270			Muestra de 21- 30 años N= 2.366			Muestra de 31 - 40 años N=2.366			Muestra de España N= 659			
$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	
<b>S. F.</b>	16,2	2,9	17,90	14.2	3.1	21,83	15.0	2.9	19,33	14.0	3.0	21,42	16.0	3.3	20,62
<b>S. Ps.</b>	15.0	2.8	18,66	14.0	2.8	20	14.3	2.8	19,58	13.9	2.8	20,14	14.8	3.3	22,29
<b>S. S.</b>	14.3	3.2	22,37	14.4	3.1	21,52	14.5	3.4	23,44	14.0	3.2	22,85	13.6	3.4	25
<b>S. A.</b>	13.5	2.6	19,25	13.9	2.6	18,70	13.7	2.6	18,97	13.6	2.7	19,85	12.4	3.0	24,19

Mujeres que ejercen la prostitución en Asturias									
Muestra total N= 206			Muestra de 21- 30 años N= 73			Muestra de 31 - 40 años N=92			
$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	
<b>S. F.</b>	12,47	2,709	22,37	11.584	2.2	18,99	12.909	2.9	22,48
<b>S. Ps.</b>	14,46	2,630	18,18	14.316	2.4	16,76	14.625	2.7	18,46
<b>S. S.</b>	14,55	3,750	25,77	14.813	3.3	22,28	14.341	4.1	28,59
<b>S. A.</b>	14,49	2,940	20,28	14.290	2.8	19,59	14.477	3.2	22,11

N: muestra; Media :  $\bar{X}$  ; D.T.: desviación típica; C.V.: coeficiente de variación

S.F. salud física S.Ps.salud psicológica S.S.salud social S.A.salud ambiental

Tabla 103: Puntaciones del estudio internacional WHOQOL-BREF (Skevington, Lotfy y O'Connell, 2004). Elaboración propia.

Sería deseable poder estudiar las diferencias entre nuestra muestra de mujeres que ejercen la prostitución y los resultados obtenidos por Skevington et al. (2004). Sin embargo, de una parte, la variabilidad de la muestra en su investigación lo hace imposible, y de de otra parte, la enorme cantidad de muestra sobre la que están elaborados; los resultados de los análisis siempre nos permitiría destacar que existen diferencias estadísticamente significativas debido a la gran cantidad de grados de libertad disponibles.

No obstante, podemos destacar que la media obtenida en nuestra muestra en la variable Salud Física es muy inferior a la hallada en todas las submuestras destacadas por Skevington et al. (2004). Pero también es destacable, y llama la atención, que en los otros tres tipos de Salud las mujeres que ejercen la prostitución reflejen igual o mayor Calidad de Vida.

Con respecto al coeficiente de variación llama la atención que el área de Salud Social es el que obtiene una puntuación más elevada, tanto en la muestra de Skevington et al. (2004) como en nuestra muestra de mujeres que ejercen la prostitución; en nuestra muestra las mujeres de 31-40 años obtienen puntuaciones más variables en Salud Social (28,59) frente a las mujeres de 21-30 años (22,28). Esta variación influye en el coeficiente de variación en la Salud Social de la muestra total (25,77).

En nuestra muestra hemos analizado si existen diferencias significativas en función de la edad; para ello hemos seleccionado los tramos de edad escogidos por Skevington et al. (2004) en su estudio; los resultados de los análisis son los siguientes (tabla 104):

Mujeres que ejercen la prostitución en Asturias							Diferencias de Medias					
MT	M1		M2				MT-M1		MT-M2		M1-M2	
Muestra total N= 206	Muestra de 21- 30 años N= 73		Muestra de 31 - 40 años N=92									
$\bar{x}$	D.T.	$\bar{x}$	D.T.	$\bar{x}$	D.T.	t	p	t	p	t	p	
S. F.	12,47	2,709	11.584	2.2	12.909	2.9	4.057	.000	-2.106	.000	-5.26	.000
S. Ps.	14,46	2,630	14.316	2.4	14.625	2.7	0.654	.510	-0.783	.433	-1.23	.220
S. S.	14,55	3,750	14.813	3.3	14.341	4.1	-1.001	.317	0.852	.394	1.55	.121
S. A.	14,49	2,940	14.290	2.8	14.477	3.2	0.861	.389	0.091	.926	-0.68	.493

MT= Muestra total (N=206); M1= Muestra de 21-30 años (N=73); M2= Muestra de 31-40 años (N=92);  $\bar{x}$  : puntuación media; D.T.: desviación típica; t= t de Student; Grados de libertad en MT-M1= 277; Grados de libertad en MT-M2= 296; Grados de libertad en M1-M2= 163; p= Probabilidad de los datos asumiendo que la Ho es verdadera  
S.F. salud física S.Ps.salud psicológica S.S.salud social S.A.salud ambiental

Tabla 104: Diferencias en Calidad de Vida en función de la edad.

Los análisis arrojan los siguientes datos: no existen diferencias estadísticamente significativas en Salud Psicológica, Social ni Ambiental ni entre las mujeres pertenecientes a las dos muestras de edad (21-30 años y 31-40 años), ni entre estas edades y la muestra total de mujeres. Sin embargo, es destacable que con respecto a la Salud Física, las mujeres de más de 31 años son las que disfrutan de mayor Salud Física.

El estudio de la OMS (Skevington et al., 2004) también ofrece los datos sobre Calidad de Vida de diversos países; hemos seleccionado aquellos que se corresponden con las nacionalidades de nuestra muestra, en concreto, Brasil, países de Europa Oriental y España. Los datos se ofrecen en la tabla 105.

Calidad de Vida WHOQOL-BREF Skevington, Lotfy y O'Connell (2004)							Mujeres que ejercen la prostitución					
Brasil N=306		Rumania N=50		España N=659			Brasil N=53		Rumania N=11		España N=25	
$\bar{X}$	D.T.	$\bar{X}$	D.T.	$\bar{X}$	D.T.		$\bar{X}$	D.T.	$\bar{X}$	D.T.	$\bar{X}$	D.T.
<b>S. F.</b>	15.2	2.5	15.6	2.6	16.0	3.3	12.571	2.8	13.818	2.5	12.046	2.7
<b>S. Ps.</b>	15.1	2.7	14.2	2.8	14.8	3.3	14.815	2.6	15.272	1.8	13.813	2.8
<b>S. S.</b>	14.8	3.1	13.8	3.1	13.6	3.4	15.099	3.5	14.909	3.8	13.547	4.3
<b>S. A.</b>	12.9	2,7	12.7	2.8.	12.4	3.0	14.963	2.9	14.916	2.9	13.880	3.0

N: muestra; Media :  $\bar{X}$  ; D.T.: desviación típica  
S.F. salud física S.Ps.salud psicológica S.S.salud social S.A.salud ambiental

Tabla 105: Puntaciones por nacionalidades del estudio internacional WHOQOL-BREF (Skevington et al., 2004). Elaboración propia.

Si observamos los datos de la tabla, podemos destacar que la Salud Física de las mujeres que ejercen la prostitución es muy inferior a la de la población general (hombres y mujeres) utilizada por Skevington et al. (2004). Llama la atención que mujeres rumanas consideran que tienen mayor Salud Psicológica, Social y Ambiental que la gente de su país. Las mujeres que ejercen la prostitución, procedentes de Brasil y España, manifiestan tener peor Salud Psicológica que la muestra de su país, pero mejor o igual Salud Social y Ambiental.

Hemos hallados los coeficientes de variación de las submuestras del estudio de Skevington et al. (2004) y de nuestras submuestras (tabla 106). El resultado del análisis es el siguiente:

Tanto en el estudio de Skevington et al. (2004) como en el nuestro de mujeres que ejercen la prostitución, la submuestra de España es la que obtiene coeficientes de variación más altos en todas las áreas de Calidad de Vida.

Calidad de Vida WHOQOL-BREF Skevington, Lotfy y O'Connell (2004)				Mujeres que ejercen la prostitución		
	Brasil N=306	Rumania N=50	España N=659	Brasil N=53	Rumania N=11	España N=25
<b>WHOQOL-BREF</b>	C.V.	C.V.	C.V.	C.V.	C.V.	C.V.
<b>Salud Física</b>	16,44	16,66	20,62	22,27	18,10	22,42
<b>Salud Psicológica</b>	17,88	19,7	22,29	17,55	11,78	20,27
<b>Salud Social</b>	20,94	22,46	25	23,19	25,50	31,75
<b>Salud Ambiental</b>	20,93	22,04	24,19	19,38	19,45	21,61

N: muestra; Media :  $\bar{X}$  ; D.T.: desviación típica

Tabla 106: Coeficiente de Variación en la muestra de Skevington et al. (2004) y nuestra muestra de estudio.

Elaboración propia,

Por otro lado, en la muestra de Skevington et al. (2004) los coeficientes de variación son más altos en la Salud Social y Ambiental para las tres submuestras (Brasil, Rumania y España), en cambio, nuestra muestra de mujeres que ejercen la prostitución, los coeficientes de variación más altos son los de Salud Social en las tres submuestras (Brasil, Rumanía y España).

Para la muestra de Skevington et al. (2004) el área que menos coeficiente de variación tiene es la Salud Física, sin embargo, para nuestra muestra, existe más homogeneidad (valores más bajos del coeficiente de variación) en la Salud Psicológica.

Ramona Lucas (1996) ha realizado un estudio de validación en España con la escala WHOQOL-BREF (tabla 107); aunque el estudio está más alejado en el tiempo, sería más comparable con nuestro estudio debido a que ha sido realizado en nuestro país, y la muestra probablemente sea mucho menos variable que la del trabajo anterior. Debido a que no disponemos de las desviaciones estándar de esta investigación, no podemos efectuar una prueba estadística para someter a prueba la hipótesis de que las mujeres que ejercen tendrán peor Calidad de Vida que las personas sanas que acuden a un centro de salud.

WHOQOL-BREF		Estudio de Ramona Lucas (1996)			
	Muestra total de mujeres que ejercen la prostitución N= 206	Puntuaciones medias de la Muestra de Barcelona N= 524	Pacientes sanos (Barcelona) N= 101	Pacientes generales (Barcelona) N= 207	Pacientes con esquizofrenia (Barcelona) N= 216
Salud Física	12,47	14,97	18,52	15,27	13,02
Salud Psicológica	14,46	14,32	17,05	15,30	12,07
Salud Social	14,55	13,92	16,95	15,40	11,02
Salud Ambiental	14,49	13,75	15,20	14,20	12,60

N: muestra; Media :  $\bar{X}$  ; D.T.: desviación típica

Tabla 107: Estudio de validación del WHOQOL-BREF en España (Lucas, 1996). Elaboración propia.

Sin embargo, merece la pena destacar los siguientes aspectos:

La muestra de mujeres que ejercen la prostitución obtiene puntuaciones más bajas que la muestra total de Lucas (1996) en la Salud Física, puntuaciones similares en Salud Psicológica y ligeramente más elevadas en Salud Social y Salud Ambiental.

Si comparamos nuestra muestra con las muestras de pacientes (sanos, generales y con esquizofrenia), constatamos que las mujeres que ejercen la prostitución obtienen puntuaciones más bajas en la Salud Física que los pacientes sanos, generales y con esquizofrenia; sin embargo, sus puntuaciones en Salud Psicológica, Social y Ambiental son similares a los pacientes generales.

### 7.8.1. Calidad de Vida de las mujeres que ejercen en la modalidad piso y club

A continuación vamos a presentar un cuadro con los datos clasificados en función de dos variables: la modalidad de ejercicio (piso y club) y en función de la procedencia de las mujeres en cada una de las modalidades.

Como se puede observar en tabla siguiente, no existen diferencias entre las mujeres que ejercen en piso y las mujeres que ejercen en club; las puntuaciones son muy similares en ambos grupos; la subescala que obtiene puntuaciones más bajas en los dos grupos de mujeres es la Salud Física; el resto de las dimensiones obtienen puntuaciones muy similares.

**PISO**

**n = 76**

Calidad de Vida	Latinoamérica n = 51					Africa n = 2					Europa oriental n = 4					Europa occidental n = 19				
	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME
WQB. SALUD FISICA	15.254	2.812	9.71	20	14.86	-	-	-	-	-	12.857	2.660	9.71	20	12.86	14.917	2.645	10.29	19.43	14.86
WQB. SALUD PSICOLOGICA	14.348	2.925	6.67	20	14.67	-	-	-	-	-	11.500	6.495	4.67	19.33	11	13.895	3.760	6.67	19.33	12.67
WQB. SALUD SOCIAL	14.628	3.884	6.67	20	14.67	-	-	-	-	-	12.333	5.375	8	20	10.67	14.035	4.774	4	20	13.33
WQB. SALUD AMBIENTAL	14.528	3.330	8	20	14	-	-	-	-	-	12.125	5.360	8.5	20	10	14.579	2.878	9	19	14.50

**CLUB**

**n = 124**

	Latinoamérica n=96					África n=16					Europa oriental n=11					Europa occidental n=1				
	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME	$\bar{X}$	D.T.	Min	Max	ME
WQB. SALUD FISICA	15.553	2.512	8.57	20	16	16.048	2.400	11.43	20	16.62	16.571	2.504	11.43	20	17.14	-	-	-	-	-
WQB. SALUD PSICOLOGICA	14.497	3.063	7.33	20	14.67	14.817	2.994	7.33	20	14.67	16.303	2.536	12	20	16	-	-	-	-	-
WQB. SALUD SOCIAL	14.931	3.475	4	20	14.67	14.250	3.292	8	20	14.67	15.515	3.335	10.67	20	16	-	-	-	-	-
WQB. SALUD AMBIENTAL	14.794	2.703	8	20	15	14.063	2.542	10	20	14.5	15.188	2.324	11.50	19	15.43	-	-	-	-	-

n: número de sujetos de la muestra;  $\bar{X}$  : media; D.T.: desviación típica; Min: Mínimo; Max: Máximo; ME: mediana.

Tabla 108: Datos descriptivos de la Calidad de Vida en la modalidad piso y clu



Si analizamos las diferencias en función de la procedencia de las mujeres que ejercen en piso se constata que no existen diferencias entre ambos grupos (españolas y latinas); en ambos grupos las puntuaciones más bajas se obtienen en la Salud Física; el resto de las dimensiones obtienen puntuaciones muy similares.

En las mujeres que ejercen en club, se constata que las mujeres del Este obtienen puntuaciones más altas que las mujeres latinas y las africanas. En los tres grupos de mujeres la dimensión menos valorada es la de Salud Física; el resto de las dimensiones obtienen puntuaciones muy similares.

Las mujeres africanas que ejercen en club son las que obtienen puntuaciones más bajas en la Salud Física.

El análisis del coeficiente de variación arroja los siguientes resultados (tabla 109): las puntuaciones de cada área de la Calidad de Vida varían más en la modalidad de piso que en la modalidad de club. Por otro lado, si tenemos en cuenta la procedencia de las mujeres, se constata que las mujeres españolas que ejercen en piso obtienen puntuaciones más variables en Salud Psicológica y Salud Social que las mujeres latinas. Esto puede deberse a las diversas casuísticas o situaciones personales que presentan las mujeres españolas, frente al grupo de mujeres inmigrantes, en aspectos muy concretos relacionados con la Salud Psicológica y Social (motivos para ejercer, motivos para abandonar, relaciones socio-familiares, etc.).

Entre el grupo de mujeres que ejercen en club, la variabilidad en el área de Salud Física, Social, es similar para las latinas, las africanas y las del Este, sin embargo, se constata que en la Salud Psicológica y la Salud Ambiental los coeficiente de variación cambian en función de la procedencia, las mujeres del Este obtienen coeficientes de variación en estas dos áreas mucho menores que las latinas y las africanas,

PISO n = 76												
Calidad de Vida	Latinoamérica n = 51			África n = 2			Europa oriental n = 4			Europa occidental n = 19		
	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.
SALUD FISICA	15.254	2.812	18,42	-	-	-	12.857	2.660	20,70	14.917	2.645	17,70
SALUD PSICOLOGICA	14.348	2.925	<b>20,57</b>	-	-	-	11.500	6.495	56,43	13.895	3.760	<b>27,06</b>
SALUD SOCIAL	14.628	3.884	<b>26,53</b>	-	-	-	12.333	5.375	43,55	14.035	4.774	<b>33,99</b>
SALUD AMBIENTAL	14.528	3.330	22,72	-	-	-	12.121	5.360	44,22	14.579	2.878	19,69
CLUB n = 121												
Calidad de Vida	Latinoamérica n=96			África n=16			Europa oriental N=11			Europa occidental n = 1		
	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.	$\bar{X}$	D.T.	C.V.
SALUD FISICA	15.553	2.512	16,14	16.048	2.400	14,96	16.571	2.504	15,08	-	-	-
SALUD PSICOLOGICA	14.497	3.063	21,11	14.817	2.994	20,18	16.303	2.536	<b>15,52</b>	-	-	-
SALUD SOCIAL	14.931	3.475	23,24	14.250	3.292	23,08	15.515	3.335	21,47	-	-	-
SALUD AMBIENTAL	14.794	2.703	18,25	14.063	2.542	18,06	15.188	2.324	<b>15,28</b>	-	-	-

n: número de sujetos de la muestra;  $\bar{X}$  : media; D.T.: desviación típica; C.V.: coeficiente de variación.

Tabla 109: Coeficiente de Variación de la Calidad de Vida

### 7.8.2. Calidad de Vida de las mujeres que ejercen en la modalidad de calle

Los datos analizados anteriormente se corresponden con las mujeres que ejercen en la modalidad de piso y club; estos datos son muy similares a los que hemos obtenido con las mujeres que ejercen en la modalidad de calle; a continuación presentamos de forma breve las puntuaciones obtenidas en Calidad de Vida de esta muestra; el tamaño de la muestra y su especificidad impide la comparación con el resto de la muestra (tanto en función de la modalidad, como en función de la procedencia).

Calidad de Vida WHOQOL-BREF	Modalidad de calle N=5	Muestra de Piso y Club N= 200	Mujeres que ejercen en piso, europeas occidentales N= 19
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
Salud física	10,76	12.525	14,97
Salud psicológica	12,88	14.509	13,895
Salud social	11,77	14.637	14,035
Salud ambiental	11,33	14.587	14,579

*N: muestra; Media:  $\bar{x}$*

Tabla 110: Puntuaciones en Calidad de Vida de mujeres que ejercen en la modalidad de calle.

Como se puede observar en la tabla 110, las mujeres que ejercen en la modalidad de calle, en concreto las españolas, presentan puntuaciones ligeramente más bajas (2-5 puntos) si las comparamos con las mujeres que componen la muestra total. Si las comparamos con las españolas que ejercen en piso, las puntuaciones son también más bajas para las mujeres que ejercen en la modalidad de calle (3-4 puntos).

### 7.8.3. Análisis Estadísticos de la Calidad de Vida

No se han hallado diferencias significativas ni en función de la modalidad (piso y club) ni en función de la procedencia; sin embargo, es llamativo que con respecto a la Salud Física se encuentra una probabilidad de los datos inferior al 10% cuando se analizan las diferencias entre las mujeres de club (las mujeres del Este y las africanas).

Procedencia: Mujeres que ejercen en Club europeas orientales-africanas						
Calidad de Vida	F	$gl^1$	$gl^2$	P	$\eta^2$	$1 - \beta$
WQB. Salud Física	3.228	1	23	0.086	0.123	0.406

*F = estadístico empírico de la F de Fisher;  $gl_1$  = grados de libertad del numerador de estadístico empírico;  $gl_2$  = grados de libertad del término de contrastación; P = probabilidad asumiendo  $H_0$  verdadera;  $\eta^2$  = tamaño del efecto;  $1 - \beta$  = potencia de prueba empírica.*

Tabla 111: Diferencias significativas (mayor de 0,05) en Calidad de Vida en función de la modalidad (club) y la procedencia (del Este y africanas).

### 7.9. Resumen de los resultados del Estudio

A continuación presentamos un resumen de los resultados del estudio a través de las tablas siguientes:

- Resumen de la Diversidad: Análisis de las diferencias significativas en función de la procedencia (tabla 112).
- Resumen de la Diversidad: Análisis de las diferencias significativas en función de modalidad (tabla 113).

Resumen de la diversidad	Análisis de las diferencias significativas en función de la Procedencia	
	Latinas / europeas occidentales PISO N= 76	Latinas/ Africanas/ Europeas orientales CLUB N= 124
<b>Perfil socio-demográfico</b>		Varía la edad, el estar empadronada y tener tarjeta sanitaria; las más jóvenes son las europeas del Este y son las que tienen menos acceso a los servicios públicos.
<b>Condiciones del ejercicio</b>	Las mujeres latinas dedican más días que las españolas	Las mujeres del Este son las que tienen un mayor número de servicios sexuales al día, los precios de cada servicio son más caros y sus ganancias mensuales son más altas. Las mujeres africanas son las que obtienen una menor ganancia mensual, tienen un menor número de clientes o servicios al día y los precios son más bajos.
<b>Salud Física</b>	Entre las latinas hay un menor número de mujeres fumadoras. Las mujeres que se mantienen más activas son las latinas Las latinas se han hecho las pruebas o control de VIH en mayor proporción.	Las africanas tienen o han tenido en mayor proporción ITS frente a las latinas. Las del Este más ITS que las latinas Las del Este tienen menos problemas de sueño que las latinas. Las africanas tienen en mayor medida problemas de sueño que las del Este.
<b>Repercusión en la Vida Sexual</b>	.	Las de Europa Oriental les afecta en menor medida que a las africanas y a las latinas.
<b>Sub- escalas de GHQ-28</b>		La dimensión Ansiedad- Insomnio: las latinas obtienen puntuaciones más altas que las mujeres africanas. La dimensión Relaciones Sociales: las mujeres latinas presentan más quejas que las europeas orientales.
<b>Apoyo Familiar</b>		Las mujeres latinas son las que obtienen puntuaciones más altas que las africanas y las mujeres del Este; Las mujeres africanas son las que obtienen puntuaciones más bajas que las latinas y las mujeres del Este.
<b>Temores</b>	Las latinas consideran, en mayor proporción, la prostitución como una actividad peligrosa,	
<b>Violencia</b>		Las mujeres que más sufren maltrato psicológico son las africanas frente a las latinas y las mujeres del Este. Las mujeres que más han sufrido abusos sexuales son las mujeres del Este.
<b>Calidad de Vida WOQOL- BREF</b>	La Calidad de Vida no varía en función de la procedencia.	Se encuentra una probabilidad de los datos inferior al 10% cuando se analizan las diferencias entre las mujeres de club: las mujeres africanas, presentan peor Salud Física que las mujeres del Este.
<b>Salud Sexual S. Psicológica GHQ-28 Duke- Unc</b>	No varían en función de la procedencia Las puntuaciones totales del GHQ-28 no varían en función de la procedencia No varía en función de la procedencia.	

Tabla 112: Resumen de la Diversidad: Análisis de las diferencias significativas en función de la procedencia.

Resumen de la Diversidad	Análisis de las diferencias significativas en función de la Modalidad	
	PISO N= 76	CLUB N= 124
<b>VARIABLES Socio-demográficas</b>	Están casadas y tiene pareja estable en mayor proporción las de piso que las de club	
<b>Condiciones del ejercicio</b>	Dedican más tiempo al ejercicio de la prostitución las de piso que las de club.	
<b>Salud Física</b>	Las mujeres que ejercen en piso mantienen una alimentación más correcta y tienen un índice mayor de actividad física que las de club.	
<b>Sub-escalas del GHQ-28</b>	Las mujeres que ejercen en piso tienen más síntomas en Depresión que las mujeres que ejercen en club.	
<b>Apoyo Social Duke- Unc</b>	Las mujeres que ejercen en piso obtienen puntuaciones más bajas que las de club,	
<b>Apoyo Familiar</b>	Las mujeres que ejercen en piso obtienen puntuaciones más bajas que las de club	
<b>Violencia</b>	El Maltrato Físico, Psicológico y la Violencia Sexual no varía en función de la modalidad	
<b>Calidad de Vida: WOQOL-Bref</b>	La Calidad de Vida no varía en función de la modalidad.	
<b>Salud Psicológica GHQ-28</b>	Las puntuaciones totales del GHQ-28 no varían en función de la modalidad.	
<b>Salud Sexual MGH</b>	No varían en función de la modalidad	
<b>Repercusión en la Vida Sexual</b>	No varían en función de la modalidad	
<b>Salud Ambiental: Temores</b>	No varían en función de la modalidad.	

Tabla 113: Resumen de la Diversidad: Análisis de las diferencias significativas en función de modalidad.

# CAPÍTULO VIII: DISCUSIÓN

## 8.1. Perfil socio-demográfico

A continuación vamos a analizar y discutir cada una de las variables que componen el perfil socio-demográfico de nuestra muestra y las diferencias halladas en función de la modalidad y la procedencia.

**Procedencia de las mujeres.** En nuestro estudio la muestra está compuesta principalmente por mujeres inmigrantes y por otro lado, por un número menor de mujeres españolas. La muestra de mujeres inmigrantes está compuesta por 189 mujeres (el 87,90%) que se distribuye en las siguientes modalidades: 8 mujeres que ejercen en la calle, 57 en la modalidad de piso y 124, el grupo más numeroso, ejercen en el club. La muestra de mujeres españolas está compuesta por 26 mujeres (el 12,079%) que se distribuyen en las siguientes modalidades: 6 mujeres ejercen en la calle, 19 en piso y 1 en club. Consideramos que la distribución es adecuada y representativa si tenemos en cuenta las cifras que se ofrecen desde diferentes estudios a nivel nacional (Agustín, 2001; EDIS, 2004; Emakunde, 2007; González y Tirado, 2006; Informe de la Guardia Civil, 2002; Juliano, 2004) y en la Comunidad Autónoma del Principado (Fernández, 2004, 2007; Ojer et al., 2006).

La presencia mayoritaria de mujeres inmigrantes es un hecho constatable no sólo en Asturias sino en la mayoría de las Comunidades Autónomas y en todos los países europeos (Brussa, 2004). España se ha convertido en la última década en uno de los principales destinos de la migración internacional, con un saldo anual medio de 575.000 personas entre 2001 y 2008. Este flujo exterior explica el 81% del extraordinario crecimiento de la población total del país (Malgesini, Planet, y Wagman, 2008; Vicente, 2006). Por otro lado, la inmigración se ha feminizado, ya que la inserción laboral en trabajos peor remunerados y desvalorizados socialmente es más fácil para las mujeres. La distribución de los países de origen de la inmigración se ha transformado sensiblemente en los últimos años: las mujeres latinoamericanas han aumentado en España, las africanas han disminuido, y las europeas han dado paso a los nuevos inmigrantes de la Europa Oriental. La mayor presencia de inmigrantes latinos se explica por la similitud en el idioma, cultura, religión, educación, etc. (Vicens, 2005; Vicente, 2006).

El aumento de la inmigración en España repercute directamente en el aumento de la mujer inmigrante en el sector de la industria del sexo y en otros sectores como la hostelería y el servicio doméstico. Hace dos décadas (Pons, 1992) el 80% de las mujeres que ejercían la prostitución eran españolas, de las cuales la mitad eran de Asturias y tan sólo el 20% eran inmigrantes, predominantemente portuguesas y dominicanas (el 50% de las inmigrantes eran latinas).

En la procedencia de las mujeres inmigrantes que ejercen en Asturias también se constatan cambios; en los años 90 (Pons, 1992) la distribución de las mujeres inmigrantes era la siguiente: el 11,3% eran latinas, el 9,2% eran europeas, el 1,3% eran africanas y el 0,3% eran asiáticas. Actualmente en Asturias, las mujeres inmigrantes proceden mayoritariamente de países de América Latina (el 85,5%), de las cuales, más de la mitad son brasileñas; de África proceden el 8,5%; de los países de Europa Oriental, el 6%; de Europa Occidental, el 0,3%; y de Asia, el 0,1%. (Fernández, 2004, 2007; Ojer et al., 2007). Nuestra muestra de estudio es acorde con estas tendencias de distribución; evidentemente, esta distribución de nacionalidades está sujeta a los cambios en los flujos migratorios de las mujeres, supeditados a los cambios en la legislación en materia de emigración del país emisor y receptor y de los acuerdos del Gobierno de España con los diversos países.

En cuanto a la presencia de las mujeres españolas en la prostitución, es minoritaria y está más invisibilizada porque ejercen en modalidades más discretas como los pisos de contactos, prostitución de lujo o alto standing, a través de Internet, etc. (Defensora del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra, 2005; Emakunde, 2007; Estébanez et al., 2002; Guilló, 2005; González y Tirado, 2006; Pinedo, 2008; Serra, 2008). En Asturias, en los años 90, las españolas suponían el 80% de la muestra, de las cuales casi la mitad eran de Asturias y ejercían en todas las modalidades. Actualmente son minoría, no llegan al 15% y se concentran más en los pisos (Fernández, 2007; Ojer et al., 2007; Unidad Técnica de la Policía Judicial y la Guardia Civil, 2005). Nuestra muestra de españolas es acorde con los datos obtenidos en las investigaciones citadas.

**Edad.** En la muestra total de nuestro estudio se constata que las mujeres que ejercen la prostitución tienen de media 30 años y el intervalo de edad más frecuente es entre 25 y 35 años. Por lo tanto, no podemos seguir asociando Prostitución con “mujeres jóvenes” y Prostitución con “inicio en edades tempranas”. La explicación más plausible para una edad tan elevada es que nuestra muestra está conformada mayoritariamente por mujeres inmigrantes de Latinoamérica; según el informe sobre la población inmigrante en España de Trinidad Vicente (2006), la mayoría de las inmigrantes latinoamericanas cuenta con una edad comprendida entre los 20 y los 39 años.



**Familia.** Nuestra muestra de mujeres que ejercen la prostitución tienen hijos el 69,4%;, la mediana es 2 hijos. Estas cifras son superiores a las que ofrece el INE para la población general: la tasa de natalidad en el año 2009 para todo el Estado Español es de 1,39 hijos/as y para el Principado de Asturias es de 1,07. Si comparamos nuestra muestra con la población joven de Asturias, comprobamos que las mujeres que ejercen la prostitución tienen porcentajes más altos que las mujeres jóvenes asturianas (Novo, 2005); el estudio analiza el número de hijos entre 1.500 jóvenes de Asturias, entre 16 y 29 años; para el caso de las mujeres, se halla que tan sólo el 11,7% de la muestra tienen hijos, de las cuales, el 67,8% tienen un hijo y el 25% tiene 2 hijos. Estas diferencias, entre nuestra muestra de estudio y la población general, se explican por la alta tasa de natalidad entre la población inmigrante, perfil mayoritario de las mujeres que ejercen la prostitución. Si tenemos en cuenta la modalidad de ejercicio y la procedencia se hallan las siguientes diferencias: las mujeres inmigrantes latinas que ejercen en piso y en club son las que tienen más cargas familiares; las que tienen menos cargas familiares son las mujeres más jóvenes de la muestra, las procedentes de Europa Oriental.

También es necesario destacar en este apartado, la evolución con respecto a las cargas familiares de las mujeres que ejercen la prostitución en Asturias; actualmente, los hijos/as están a su cargo o con familiares, generalmente con las abuelas o con tías maternas, ya sea en la misma ciudad o en los países de origen en el caso de las mujeres inmigrantes; han hecho uso de la reagrupación familiar (principalmente reclaman a sus hijos/as) el 20% de las mujeres inmigrantes o se encuentran en proceso de tramitación. Sin embargo, en el estudio de Ignasi Pons (1992), con mujeres mayoritariamente españolas, tan sólo el 46 % de los hijos/as vivían con las mujeres y el 64% vivían con familiares, con cuidadores, o estaban internos en colegios o instituciones. Es evidente que en los años 90 en Asturias las condiciones de vida y el peso del estigma social de las mujeres que ejercían eran muy diferentes a las actuales.

En cuanto al Estado Civil y pareja estable, es llamativo que a pesar del estigma asociado a la prostitución, existe un alto porcentaje de mujeres casadas; por otro lado, tienen pareja en la actualidad un 55.1% del total de la muestra. Si comparamos estos datos con los obtenidos en un estudio sobre la juventud en Asturias (Novo, 2005), comprobamos que los porcentajes son similares; entre un total de 1500 jóvenes asturianos, con edades comprendidas entre 16 y 29 años, tienen pareja el 60,9% de la muestra, y un porcentaje ligeramente más alto en el caso de las mujeres (67,9%). Por lo tanto se puede afirmar que la muestra de mujeres que ejercen la prostitución tiene pareja estable en un porcentaje similar a la población joven de Asturias que no ejerce la prostitución. En relación a la variabilidad de la muestra, se hallan diferencias en función de la modalidad, el grupo

de mujeres que ejercen en piso están en mayor medida casadas y tienen pareja estable que el grupo de mujeres que ejercen en club. Entre las mujeres del Este no se halla ninguna casada, dato que puede estar relacionado, en parte, con su edad (son las mujeres más jóvenes) y las cargas familiares (son el grupo de mujeres que menos tienen). Estos resultados son coincidentes con el estudio de Estébanez et al. (2002) realizado con una muestra de 1057 mujeres que ejercen la prostitución en varias provincias de España.

**La Formación académica** de las mujeres que ejercen la prostitución en Asturias es relativamente alta, ya que cerca del 60% de la muestra total tienen estudios equivalentes a la Educación Secundaria Obligatoria, la Formación Profesional y estudios Universitarios. Los datos son concordantes con otros estudios sobre prostitución en diversas provincias en España (EDIS; 2004; Emakunde, 2001, 2007; Estébanez et al. 2002; Fernández, 2004; Ojer et al. 2007; Pinedo, 2008; Serra, 2008).

En cuanto a las diferencias en la formación académica con la población general, existe un estudio (EDIS, 2004) que compara el nivel de estudios de 264 mujeres que ejercen la prostitución con una muestra de 396 mujeres españolas de la población general que no están en situación de exclusión social; los datos que se obtienen para la muestra de mujeres que ejercen son muy similares a los datos de las mujeres españolas sin exclusión social.

El estudio realizado en Asturias con población joven (Novo, 2005) halla los siguientes niveles: finalizan la Primaria y Secundaria Obligatoria el 10,9% de la muestra; Bachiller y Formación Profesional, el 29,2%; y estudios universitarios, el 16,9%. Estas cifras no están tan alejadas de las cifras halladas en nuestra muestra de mujeres que ejercen la prostitución en Asturias. Por lo tanto, no se puede asociar la Prostitución a un nivel cultural y educativo bajo.

Con respecto a las diferencias en función de la modalidad de ejercicio y la procedencia de las mujeres, hemos hallado las siguientes diferencias significativas: las mujeres más formadas son las que ejercen en piso frente a las de club; dentro de la modalidad de piso, las mujeres más formadas son las latinas (60,8% tienen estudios secundarios) frente a las españolas o portuguesas (47,4% tienen estudios primarios); dentro de la modalidad de club, las mujeres con niveles más bajos de formación son las europeas orientales (72,7% tienen estudios primarios) frente a las latinas y las africanas (cerca de la mitad de cada grupo de mujeres tiene estudio secundarios). Es evidente que las mujeres inmigrantes tienen en general una buena formación académica realizada en sus países de origen, donde la educación y la formación no están al alcance de todas las mujeres.

**Experiencia laboral.** La mayoría de las mujeres que ejercen la prostitución han trabajado en sus países de origen en sectores muy variados: el Servicio Doméstico, el Comercio, la Belleza o en fábricas como operarias; cabe señalar que la mayoría de las profesiones citadas suelen estar mal retribuidas. Las mujeres inmigrantes han trabajado en España principalmente, en el Servicio Doméstico; este tipo de trabajo no siempre es acorde con su formación y capacitación profesional, pero es el único trabajo a los que pueden acceder durante los primeros años de estancia en el país receptor, ya sea de forma regular o en la economía sumergida, a la espera de un permiso de residencia en nuestro país (Bonelli y Ulloa, 2001; Colectivo IOÉ, 2001; Escrivá, 2000; Vicente, 2006).

En nuestra muestra de estudio, las mujeres inmigrantes que ejercen en club tienen menos experiencia laboral en España, que las mujeres que ejercen en piso; este hecho puede estar relacionado con tres aspectos: por un lado, el tipo de horarios del club que dificulta la búsqueda o el desempeño de un trabajo; por otro lado, las mujeres que ejercen en club, y que llevan poco tiempo en nuestro país, pueden haber tenido un acceso directo a la prostitución, sin haber pasado previamente por otro tipo de actividades; por último, en los club, las mujeres del Este vienen a nuestro país en calidad de turistas, ejercen 3 meses y luego vuelven a su país, en estos casos, la experiencia laboral en nuestro país es muy escasa o nula. Si tenemos en cuenta la procedencia, las mujeres latinas, tanto las que ejercen en piso como en club, son las que más experiencia laboral tienen en España.

Los datos obtenidos en nuestra muestra de mujeres inmigrantes son coincidentes con otros estudios sobre prostitución (Acién y Majuelos, 2003; ASE-PSIKÉ, 1998; Bonelli, 2001; Casal, 2001; CIMTM, 2002; Colectivo IOE, 1998; EDIS, 2004; Emakunde, 2001, 2007; Fernández, 2004, 2007; Guilló, 2005; López y Pinedo, 2007; Malgesini, 2006; Ortí, 2005; Oso y Ulloa, 2001; Pinedo, 2005, 2008; Pinedo y Martín, 2006; Serra, 2008).

Los datos obtenidos en nuestra muestra también son coincidentes con otros estudios para la población inmigrante que se inserta laboralmente en nuestro país. Por ejemplo, los estudios de Vicens (2005) y el de Vicente (2006), que analizan la inserción laboral de las mujeres inmigrantes en España. El 8.7% de las mujeres inmigrantes se encuentran en situación de desempleo, siendo el colectivo con mayores dificultades para encontrar empleo (frente a los hombres extranjeros y la población española). La mayoría de las mujeres inmigrantes que se encuentran trabajando están empleadas como Trabajadoras no Cualificadas; en el sector Servicios se ocupan el 89.5%; en el sector de Hogares el 40%; y en el sector de la Hostelería el 18.7%. En cuanto a las condiciones del empleo, los resultados del estudio arrojan las siguientes cifras: La tasa de temporalidad y a tiempo parcial de la población inmigrante es muy superior a la de la población española. Un elevado

porcentaje de la población inmigrante posee un segundo empleo (4.3% frente a 2.3% de la población española).

En relación a nuestra Comunidad Autónoma, el informe de CCOO (2008) sobre la demanda de empleo de la población inmigrante en Asturias ofrece los siguientes datos: es una población joven; la procedencia es mayoritariamente hispanoamericana; la demanda de empleo es predominantemente femenina debido a que es el sector más asequible para obtener cobertura legal; las demandas se concentran en el servicio doméstico, que representa el 34,9% de los expedientes. Detrás le sigue la construcción, la hostelería, otro tipo de servicios, la agricultura, etc. Sin embargo, en el informe se advierte que los datos relativos al servicio doméstico o la hostelería podrían no estar ajustados a la realidad; la demanda de estos sectores es para la concesión de permisos de trabajo y constituye una vía rápida fácil para que actividades, como la prostitución, encuentren cobertura legal.

En nuestro estudio hemos recogido testimonios sobre las experiencias laborales (tabla 114).

*“Ahora estoy trabajando por horas en una casa, pero sin seguro, me lo tengo que pagar yo ”*

*“Estoy haciendo un curso por las mañanas, me pagan bien pero no da y vengo aquí por las tardes.”*

*“Ya me han hecho un contrato para limpiar un portal, pero me da para poco, por las noches vengo por aquí unas horas, y luego me voy”*

*“Vine a España con un contrato de trabajo, en la limpieza, me pagaban muy poco, a penas 400 euros, a los 6 meses, lo tuve que dejar, mi amiga me habló de este piso y empecé en esto . . . .”*

*“Llegué de mi país para trabajar en esto, pero al año empecé a trabajar en un bar, de cocinera, arreglé mis papeles, trabajé varios años en cocina, me casé, me separé, y ahora he vuelto al club, ya soy mayor y nadie me contrata, y aquí me saco lo suficiente para vivir . . .”*

*“Me reclamó mi familia que ya estaba aquí en Asturias, cuando llegué pensé que era más fácil encontrar trabajo y ganar dinero para vivir, pero aquí no hay nada de nada, ahora me ayudan las de la ONG a buscar trabajo, pero no me cogen en ningún sitio o pagan mal; de momento no puedo dejar esto, . . .”*

*“Llevo en el club el mismo tiempo que llevo en España, 5 años; esto es temporal y me voy buscando trabajos en el medio; ahora he conseguido, un contrato a media jornada y cuando consiga el de jornada completa, dejo el club, pero mientras hay que aguantar porque el sueldo es poco y tengo que mantener a mis hijos y a mi madre, que me los he traído a Asturias . . .”*

*Tabla 114: Testimonios de las mujeres entrevistadas sobre a experiencia laboral*

A través de los testimonios se advierte que existe una fluctuación constante entre el ejercicio de la prostitución y la búsqueda de empleo. Las mujeres, en muchos casos, se apoyan en las ONG que ofrecen recursos para la búsqueda de empleo, la formación cualificada, ofertas de empleo, etc. En algunos casos, las mujeres encuentran un empleo, pero no se ajusta a sus necesidades, ya que suelen ser empleos por horas o de media jornada; en otros casos, empleos sin seguro, y en otros, empleos con un salario muy bajo que no cubre los gastos para mantenerse de forma autónoma. A través de los testimonios sobre la experiencia laboral, también se descubren las distintas formas de acceso a la prostitución de las mujeres inmigrantes.

A partir de estos datos, no podemos afirmar que la Prostitución está asociada a mujeres “sin alternativas o salidas”; en Asturias existen mujeres que ejercen la prostitución y que buscan empleo, quieren lograr contratos de trabajo, desean formación laboral, buscan alternativas para regularizar su situación, etc. El deseo de incorporación al mercado de trabajo es señalado como el principal motivo a la hora de iniciar un proyecto migratorio por parte de la población inmigrante en España (Vicente, 2006); es lo mismo que para con nuestra muestra de mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución; el acceso al empleo constituye una de las principales vías, para la entrada regular al país, la obtención y renovación de los necesarios permisos para residir legalmente en España, así como el medio fundamental para subsistir.

Las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Asturias, **deciden emigrar** por varios motivos; en nuestra muestra de estudio, la causa principal es el tener problemas económicos familiares.

Son mujeres que deciden abandonar su país para poder sacar a su familia adelante o “*para ofrecer un futuro mejor para mis hijos y para mí*”; las mujeres tienen intención de quedarse en España y “*encontrar cualquier trabajo, traerme a mis hijos, rehacer mi vida aquí...*”. En otros casos, los motivos para emigrar son los problemas familiares y/o con la pareja, maltrato familiar o por parte de la pareja, etc.

En la modalidad de piso, destaca que las mujeres latinas marcan en mayor proporción la decisión de viajar por voluntad propia, que las mujeres latinas que ejercen en la modalidad club lo que corrobora el tipo de viaje migratorio; en el caso de las mujeres que ejercen en piso, el viaje se realiza de forma más autónoma y en el caso de las mujeres de club, puede que se den más casos de viajes organizados por redes. Otro caso muy distinto es el de las mujeres subsaharianas, cuyos motivos están relacionados con problemas de índole política y/o étnica; estas mujeres nos cuentan cómo tuvieron que huir de su país ante la amenaza de muerte o de ejecución inmediata por parte de su padre, o un familiar que ejerce como jefe de su clan. Estos datos sobre las mujeres subsaharianas son corroborados por otros autores que han realizado estudios con esta población (Acién y Majuelos,

2003; CIMTM, 2002; González y Tirado, 2006; Le Meur, 2007; Pardo y Agudo, 2008; Santana, 2006). En el estudio de Estébanez et al. (2002), los motivos son principalmente económicos (79,2%); para el grupo de mujeres africanas se extrae menos información (opción “otros”), en la que se recogió, sin codificar, el motivo “por guerra”. Este motivo fue mayoritariamente mencionado por las mujeres procedentes de Sierra Leona.

En nuestra muestra de estudio las formas de emigrar y las condiciones del viaje son muy variadas y dibujan un continuum desde la emigración libre y autónoma hasta el tráfico ilegal de personas con fines de explotación sexual y trata (Ación y Majuelos, 2003; Agredano, 2007; Agustín, 2001; Alonso, 2001; Ballester y Perelló, 2008; CIMTM, 2002; González y Tirado, 2006; Jiménez, 2005; Juliano, 2002, 2004; López y Mestre, 2006; Malgesini, 2006; Monteros, 2005; Nicolás y Meroño, 2005; Osborne, 2004; Oso y Ulloa, 2001; Pheterson, 1990, 1992; Pinedo, 2008; Pinedo y Martín, 2006; Rubio, 2008; Serra, 2008; Vecina y Ballester, 2005).

Hemos recogido diferentes testimonios sobre el tipo de viaje migratorio y el acceso a la prostitución. Los perfiles que hemos hallado son muy diversos, por lo que creemos conveniente reproducir fielmente los testimonios ofrecidos por las mujeres inmigrantes.

1º caso: Mujeres inmigrantes que deciden realizar una Emigración Autónoma; para la preparación del viaje recurren a varias fuentes (familias, amistades, agencias de viaje, entidades bancarias, prestamistas, etc.); su acceso a la prostitución no siempre es directo (tabla 115).

*“Me vine porque mi familia ya estaba aquí trabajando en Asturias; me reclamaron ellos y aquí estoy; no pensaba trabajar en el club, pero con el sueldo de empelada en el Hogar no me daba para pagar la deuda; tengo deuda porque para el viaje tuve que pedir dinero prestado a unos de mi pueblo que se dedican a eso, te cobran muy altos los intereses, y si no se lo devuelves te embargan la casa”*

*“Decidí venir por mi cuenta, empeñé los muebles de la casa, vendí la peluquería y con el dinero me pagué el viaje hasta Asturias; vine a Asturias porque aquí tenía una amiga, que trabajaba en un club y tenía un piso alquilado con otras chicas de mi país. Al poco de llegar, me invitó una noche al club, probé y decidí quedarme”*

*“Cuando ya no podía más, decidí venirme para España; yo había oído hablar en el parque (allá en mi país) de todas las mujeres que se iban para España; todas sus familias tenían dinero y se compraban casas y vivían muy bien; así que decidí venirme sola, por mi cuenta. Para el viaje pedí dinero a una agencia, y mi familia se encargaba de pagar poco a poco la deuda con el dinero que yo les mandaba. La agencia te prepara todo, el viaje, el billete, el dinero que tienes que llevar encima, lo que tienes que decir, a donde puedes ir en España, todo... la deuda era muy alta pero en poco tiempo lo pagué porque me metí en un club; se ganaba mucho dinero de aquella, hacía muchos pases y se cobraba más que ahora... Las direcciones en España (de una casa, de un club,) te lo daban en la agencia... Íbamos muchas mujeres en aquel avión, todas sabíamos que veníamos a trabajar de bailarinas en España...”*

*“Me trajo mi hermana, me reclamó aquí en Asturias con un contrato en la limpieza; pero cuando llegué mi hermana me convenció para que dejara cuanto antes lo de la limpieza; ella prefiere que trabaje aquí en el club, con ella, porque así gano más dinero y más rápido para devolverle la deuda. Tengo deuda con mi hermana, del viaje y la renta del alquiler; yo no quiero estar en esto, en cuanto se lo pague me largo y me busco otro trabajo...yo no pensaba venir a España a esto...”*

*Tabla 115: testimonios de las mujeres entrevistadas que relatan su viaje migratorio autónomo*

2º caso: Mujeres inmigrantes que vienen a España a través de redes organizadas de diversa índole. El viaje migratorio siempre está asociado al pago coaccionado de una elevada deuda que empeora su situación económica, por lo que en ocasiones ejercer prostitución es una forma de acceso a mayores y más rápidos ingresos con los que pagar esta deuda. En este caso, el acceso a la prostitución siempre es directo (tabla 116).

*“Me vine a España con otras chicas, a través de una agencia, te preparan todo el viaje y todos los papeles, allí ya te dicen que vienes a trabajar a un club. Cuando llegamos a Madrid, nos quitaron el pasaporte, nos llevaron a varios club; al principio no ganas nada. Cuando ya lo pagas todo, te devuelven el pasaporte y te puedes ir a donde tu quieras, lo que pasa es que el pasaporte ya está caducado, y no vale para nada, y andas por ahí sin papeles...”*

*“Me vine con una deuda muy alta, se las debía al dueño del club, que tenía un contacto con un tío de mi país, .eso fue hace 4 años, aquí, en un club de Asturias”*

*“En tu país, ya te dicen a lo que vienes, ya sabes que te quitan el pasaporte para que no te escapes, que les debes el dinero, todo eso..., lo que no sabes es lo que te vas a encontrar aquí... muchas horas de trabajo, multas por todo, nada de dinero para que no te escapes, y encima tienes que pagar una deuda que es 3 veces más de lo que te dijeron al salir de tu país”*

*“Salimos de mi país con mi primo y unos amigos, creíamos que era para trabajar de camareras. Cuando llegamos a Madrid nos pusieron en la calle, nos encerraron en una habitación, sin comida, sin teléfono, nos pegaban y nos violaban, pero al final nos escapamos con unos clientes, ahora están todos en la cárcel”*

*“Yo ya sabía a que venía pero en el club nos trataban muy mal, no nos dejaban salir, no teníamos dinero ni para comer... Después vino la policía, nos apresaron a todas, les contamos todo, cómo estábamos y en qué condiciones, y nos soltaron. Antes de venir la policía, una compañera logró salir porque se escapó con un cliente que le pagó la deuda”*

*Tabla 116: testimonios de las mujeres entrevistadas que relatan su a través de redes organizadas diversas*

A través de estos testimonios no podemos seguir afirmando que la Prostitución siempre está asociada a Inmigración ilegal, Tráfico, Explotación Sexual y Trata. La gama de situaciones es amplia y pueden coexistir todas las formas. En nuestro estudio se detectan pocos casos de tráfico de personas con fines de explotación sexual; los motivos pueden ser por las siguientes causas:

1. La presencia mayoritaria de latinoamericanas en nuestra muestra; estas mujeres tienen procesos migratorios más variados, frente a otras nacionalidades como las procedentes de África o de Europa del Este, donde el tráfico ilegal con fines de explotación sexual es más habitual (CIMTM, 2002).

2. Las mujeres procedentes de Latinoamérica están más asentadas en nuestro país, tienen acceso a los recursos socio- sanitarios, reagrupan a su familia, conviven con sus hijos/as o pareja, etc.; su viaje migratorio se ha realizado de forma legal (para trabajar en el Servicio Doméstico o reclamadas por un familiar), o de forma ilegal a través de agencias o prestamistas; suelen tener experiencia laboral en nuestro país en varios sectores y compaginan la prostitución con otro tipo de trabajos, ya sea con contrato parcial o temporal o en la economía sumergida.

3. El acceso a la muestra se ha realizado en aquellos locales (club y pisos) donde no se constatan, al menos durante la investigación, casos de explotación sexual, tráfico ilegal, coacción, prostitución forzada, etc. El acceso a los locales y a las mujeres ha sido siempre fácil y las entrevistas se han realizado siempre de forma voluntaria y con el consentimiento de los dueños de los locales o de las madames de los pisos.

4. Bien distinto es el caso de las mujeres de nuestro estudio procedentes de África; son mujeres que llevan poco tiempo en España, su viaje migratorio suele ser largo, costoso y en condiciones muy malas; en nuestra muestra no se han podido averiguar las formas o tipo de emigración de las mujeres, porque prefieren no ofrecer datos o no hablar de ese tema. No tienen “papeles” o se encuentran en proceso de tramitación. Tienen más dificultades para acceder a los recursos sociales o sanitarios, entre otras cosas por las dificultades con el idioma y la desconfianza hacia los profesionales de los recursos. Viven siempre en grupo, con otros compatriotas y establecen pocos vínculos sociales con otras personas.

5. En el caso de las mujeres procedentes de la Europa Oriental, su presencia en la prostitución en Asturias también es muy pequeña; su estancia en España es muy corta, porque suelen entrar y salir varias veces del país con el visado de turista. No emplean los recursos socio –sanitarios, porque prefieren las clínicas privadas. Pocas mujeres de esta muestra utilizan la reagrupación familiar para asentarse en el país.



Los datos hallados en nuestra muestra de estudio os son concordantes con los obtenidos en otras provincias (Acién y Majuelos, 2003; Casal, 2001; CIMTM, 2002; Emakunde, 2001, 2007; Estébanez et al., 2002; Fernández, 2004, 2007; González y Tirado, 2006; Ojer et al. 2007; Oso y Ulloa, 2001; Pinedo, 2008; Santana, 2006; Serra, 2008), excepto la proporción de mujeres de cada nacionalidad, que varía en función de los flujos migratorios de cada zona de España (Vicente, 2006).

**Situación administrativa.** Las mujeres inmigrantes de nuestra muestra de estudio se encuentran en situación legal, en el 60% de los casos. Se hallan diferencias en función de la modalidad: las mujeres que ejercen en piso están en situación regular en mayor medida que las mujeres que ejercen en club; sin embargo, no se hallan diferencias en función de la procedencia: las mujeres de cada continente tienen una situación regular en porcentajes similares. El alto porcentaje de mujeres con “papeles” (en torno al 60% en ambas modalidades) es concordante con los estudios realizados a nivel nacional con población inmigrante. De acuerdo con los últimos datos publicados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, las personas inmigrantes procedentes de latinoamericana constituyen el grupo de población extranjera con un mayor número de tarjetas o autorizaciones de residencia en vigor en España; sin embargo, esto no implica siempre permiso de trabajo y por lo tanto una situación regular en el país de acogida; frecuentemente, tras entrar en el país de forma regular o haber obtenido un permiso de residencia temporal, su situación cambia nuevamente irregular (por la caducidad de los permisos, por ejemplo) (Vicente, 2006). Nuestros datos son coincidentes con los obtenidos por Estébanez et al. (2002) con 1.057 mujeres que ejercen la prostitución en varias provincias de España; el porcentaje total de mujeres latinas normalizadas y en trámite asciende a 78,5%; en el caso de las subsaharianas, cerca del 60%; y por último, las mujeres del Este, 68,9%

Las formas de conseguir “papeles” es variada; más de la mitad lo ha conseguido a través de un contrato de trabajo, dato que es congruente con los obtenidos en la experiencia laboral en España; en otros casos, a través del casamiento con un español (previo pago de 3.000 euros, en el caso de acuerdo matrimonial; en otros, son casamientos reales.); otras mujeres son legales porque vienen a través del reagrupamiento familiar (un familiar les reclama y les facilita su primer contrato de trabajo). En nuestra muestra, tanto las mujeres que ejercen en piso como las que ejercen en club, lo realizan a través de los contratos de trabajo; en cambio; si tenemos en cuenta la procedencia, constatamos grandes diferencias; las mujeres de Europa Oriental son principalmente turistas con visado en regla; esta vía es inexistente para las africanas y tan sólo un tercio de las mujeres latinas

señalan esta vía: El casamiento con un español es señalado en mayor medida por las mujeres africanas y las latinas.

La mayoría de las mujeres que ejercen tanto en piso como en club están empadronadas; si tenemos en cuenta la procedencia llaman la atención los siguientes datos: la mayoría de las mujeres latinas y africanas están empadronadas, sin embargo tan solo el 18,3% de las mujeres del Este lo están. Los datos sobre el empadronamiento son coincidentes con la obtención de la tarjeta sanitaria, ya que normalmente, el empadronamiento se realiza para conseguir el acceso gratuito a los servicios de salud pública. Las mujeres que están menos asentadas en nuestro país son las mujeres del Este, y por lo tanto acceden en menor medida a los recursos públicos; este hecho se debe a que vienen a nuestro país por poco tiempo y por lo tanto no precisan ni el empadronamiento ni la tarjeta sanitaria. Estos datos son concordantes con otros estudios a nivel nacional y en diferentes provincias de España (Acién y Majuelos, 2003; Agustín, 2001; ASE-PSIKÉ, 1998; Ballester et al., 2003; Bonelli, 2001; Brussa, 2004; CIMTM, 2002; Colectivo IOE, 1998; Defensor del Pueblo Andaluz, 2002; Defensora del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra, 2005; EDIS, 2004; Emakunde, 2001, 2007; Estébanez et al., 2002; Fernández, 2004, 2007; Guilló, 2005; Malgesini, 2006; Ojer et al., 2007; Oso y Ulloa, 2001; Pinedo, 2005, 2008; Serra, 2008).

A partir de estos datos no siempre se debe asociar Prostitución con mujer inmigrante “ilegal” o en situación irregular; las situaciones son variadas y existe una amplia gama de circunstancias; las mujeres inmigrantes quieren regularizar su situación en el país de acogida para asentarse ellas y sus familias y mejorar su Calidad de Vida (Agustín, 2001, 2005; Azzie, 2004; Emakunde, 2001, 2007; Fernández, 2004; Juliano, 2004; Malgaseni, 2006; Ojer et al., 2007; Oso y Ulloa, 2001; Pinedo, 2008; Santana, 2006; Serra, 2008).

## **8.2. Condiciones del ejercicio de la prostitución**

En el año 1991 (Pons, 1992) las mujeres que ejercían la prostitución en Asturias y tenía en un salario diario de 4.000 pesetas, además obtenían un 50% de porcentaje de cada servicio sexual y cada copa. El número medio de clientes al día era de 2,7 (de 1 a 3 servicios diarios) (esto se da en el 80% de las encuestadas). Una jornada duraba entre 7-8 horas. Descansaban de media entre 1-2 días a la semana. La tarifa media era de 5.670 pts., pero podía oscilar desde 1000 pesetas a 20.000; el sueldo medio mensual era de 275.000 a 300.000 pesetas.

Actualmente (Fernández, 2007) en la modalidad de piso y club se ejerce a comisión y con un acuerdo sobre el porcentaje de ganancia en cada servicio (generalmente 30% para el dueño del club y el 70% para la mujer en cada servicio sexual y el 50% en las copas); la tarifa media es de 50 euros por ½ hora (los intervalos oscilan entre 20 y 150 euros). El ingreso mensual medio oscila entre 900 - 1.200 euros; la media de clientes al día es de 2 clientes. Se dedican a la actividad entre 6 a 8 horas y descansan un día la semana. Estas condiciones no se dan en la modalidad de calle; las mujeres tienen una mayor libertad para elegir los horarios y los días de ejercicio; el número de clientes varía en función de las horas o días de ejercicio y por lo tanto repercute en las ganancias mensuales; en esta modalidad las ganancias no son compartidas con nadie. En la prostitución de calle los precios del servicio sexual son más bajos que en las otras modalidades (piso y club).

**Los aspectos económicos** de nuestra muestra de estudio son similares a los obtenidos por Fernández (2007) sin embargo, hemos hallado diferencias significativas en función de la modalidad de ejercicio (piso/club) y la procedencia de las mujeres:

Las mujeres que ejercen en piso dedican más horas a la actividad que las mujeres que ejercen en club; si tenemos en cuenta la procedencia, las mujeres latinas que ejercen en piso dedican más tiempo que las españolas o las europeas occidentales; esto se debe, principalmente, a la variabilidad de los pisos en función de sus horarios; existen pisos de 24 horas, donde precisamente la presencia de mujeres latinas es más alta.

En la modalidad de club también se hallan diferencias en función de la procedencia: las mujeres del Este son las que tienen un mayor número de servicios sexuales al día, los precios de cada servicio son más caros y sus ganancias mensuales son más altas si son comparadas con las latinas y las africanas. El motivo principal de estas diferencias se halla en el tipo de club; las mujeres del Este suelen ejercer en club de alto standing, cuyos precios son más altos, tienen más afluencia de clientes durante la semana (comerciantes, viajantes, reuniones de empresas) y se encuentran en las ciudades más grandes. Por otro lado, las mujeres africanas que ejercen en club y que han sido entrevistadas en nuestro estudio son las que obtienen una menor ganancia mensual, tienen un menor número de clientes o servicios al día y los precios son más bajos, sin son comparadas con las mujeres del Este y las latinas. El motivo principal es el tipo de club donde ejercen estas mujeres; son club de ciudades pequeñas (sin a penas actividad comercial o industrial), con un menor número de clientes por semana y con precios más bajos.

En cuanto al **tiempo que llevan ejerciendo**, El 64% de las mujeres del total de la muestra llevan menos de tres años y el 36 % lleva ejerciendo más de tres. Si analizamos los datos en función de la modalidad no se constatan diferencias: las mujeres latinas que ejercen en piso y en club llevan alrededor de 3 años (de media) ejerciendo. Sin embargo, se hallan diferencias en función de la procedencia: las mujeres latinas que ejercen en la modalidad de piso llevan más tiempo en la prostitución que las españolas o portuguesas; en la modalidad de club, las africanas son las que más tiempo llevan ejerciendo (más de 3 años) y las mujeres del Este son las que llevan menos tiempo (19 meses). La inmensa mayoría de las mujeres inmigrantes se **han iniciado en el ejercicio de la prostitución en nuestro país** y no se constata diferencias en función de la modalidad y la procedencia. Esta variable hace que exista una relación directa, en el caso de las mujeres inmigrantes, entre la variable “espacio de tiempo que llevan ejerciendo la prostitución” y la variable “espacio de tiempo en España”.

En nuestra muestra de estudio los **motivos tanto para ejercer como para abandonar** la prostitución están relacionadas con los aspectos económicos, como se confirma en la mayoría de los estudios que analizan las causas de entrada en la prostitución (CIMTM, 2002; Emakunde, 2001, 2007; Malgesini, 2006; Orte y Ballester, 2008; Oso y Ulloa, 2001; Pinedo, 2008).

Actualmente, la mayoría de las mujeres que ejercen la prostitución en España son inmigrantes, lo que supone contemplar como factor explicativo, las siguientes causas: feminización de la pobreza, feminización de la inmigración, pagos de la deuda contraída por el viaje migratorio, necesidades económicas para mantener a la familia y a ellas mismas en el país de acogida, dificultades para el acceso a empleos con contrato laboral, etc.; en muchos casos, la prostitución es un medio más para lograr los objetivos de la inmigración (asentamiento en un país con más recursos, el reagrupamiento familiar, regularización de la estancia través de contratos laborales, la mejora de las condiciones y la calidad de vida... etc.). No podemos olvidar que existen mujeres inmigrantes que se ven obligadas a emigrar por problemas graves familiares (maltrato) o por las leyes del país, que constituyen para las mujeres una violación de los derechos humanos (refugiadas), por la mala situación económica y social del país, debido a guerras, desastres naturales, gobiernos dictatoriales, inseguridad ciudadana, etc.

Sin embargo, es interesante señalar las diferencias que se hallan en nuestra muestra en función de la procedencia (inmigrantes /españolas):

Las mujeres europeas occidentales (españolas y portuguesas) permanecen en la actividad porque se gana suficiente dinero para tener independencia económica, es un dinero no declarado de la economía sumergida y sólo la abandonarían si encuentran un trabajo donde se gane más dinero; la segunda razón es “porque quieren”; es decir, optan libre y voluntariamente por el ejercicio como una opción laboral más y la abandonarían cuando lo decidieran; la tercera opción más elegida entre las españolas está relacionada con las cargas familiares y con las deudas económicas.

En cambio, las mujeres inmigrantes consideran la prostitución como una actividad temporal y se encuentran a la espera de un contrato para obtener “papeles”, a la espera de un trabajo donde se gane dinero suficiente para poder mantener a su familia, reagrupar a sus hijos, a la espera de un trabajo de cualquier tipo que les permita asentarse en España, etc.; en otros casos, el ejercicio de la prostitución está asociado a la deuda contraída por el viaje migratorio. Evidentemente el endurecimiento de las leyes sobre migración tiene consecuencias muy relacionadas con la entrada en la prostitución (CIMTM, 2002). Una ley más restrictiva dificulta la estancia legal en el país de destino, no se puede trabajar regularmente si no se dispone de documentación legal; por ello, muchas personas optan por la prostitución como actividad económica que pueden realizar sin necesidad de tener permiso de trabajo (Brussa, 2004, 2005).

En cuanto a los motivos o causas que facilitarían el abandono de la prostitución, también se han hallado diferencias en función de la procedencia y de la modalidad.

Las inmigrantes abandonarían el ejercicio de la prostitución si encuentran un trabajo donde se gane menos dinero que en la actualidad; también señalan como importante la opción más relacionada con su situación administrativa (tener papeles).

En cambio, las españolas abandonarían el ejercicio si las opciones económicas son más beneficiosas. Es llamativo que la opción “saldar deudas” es elegida en tercer lugar por este grupo de mujeres; este hecho confirma que el ejercicio de la prostitución, en especial para las españolas, es definido como una actividad temporal y circunstancial.

En conclusión, es evidente que tanto los motivos para ejercer como los motivos para abandonar la prostitución están directamente relacionados con las circunstancias económicas de cada persona. Las mujeres que ejercen la prostitución son mujeres con cargas familiares importantes, que buscan mejorar su Calidad de Vida y la de su familia, que ante varias alternativas eligen la más

ventajosa, que consideran que la actividad de la prostitución puede ser temporal o circunstancial. Para terminar este apartado elegimos las palabras de Dolores Juliano (2004, p. 162): *“El trabajo sexual no se realiza en un mundo abstracto. Las personas que se dedican a él no lo hacen en medio de un vacío social o valorativo, sino que se encuentran presionadas por un determinado horizonte de posibilidades reales, en cuyo marco toman sentido sus opciones y donde éstas se concretan en medio de presiones más o menos determinantes. Sólo si conocemos el marco de posibilidades alternativas podemos redimensionar mentalmente nuestra visión de la prostitución y (...) permite entenderla como una opción entre otras posibles o incluso como una estrategia de supervivencia o de autoafirmación”* (p.162)

### **8.3. Salud Física**

**El estado de Salud percibido** es bueno y satisfactorio para el 80% de las mujeres que ejercen la prostitución en Asturias. Son mujeres sanas que no han sufrido **enfermedades** importantes a lo largo de su vida. Estos datos son concordantes con los obtenidos por Estébanez et al. (2002) que analizan los datos de atención sanitaria de una muestra de 1.057 mujeres que ejercen en diversas provincias; el estado de Salud autopercebido es, en general, bueno (un 76,6% considera tener un estado de Salud muy bueno o bueno). En el estudio realizado en Asturias por Fernández (2004), las mujeres que ejercen la prostitución en club de Avilés presentan Síntomas Somáticos, medidos a través de la escala ESS-R (Sandín y Chorot, 1995) similares en comparación con una muestra de mujeres que trabajan en la Hostelería. Seib, Fischer y Najman (2009) no hallan diferencias en la Salud Física percibida de las mujeres que ejercen en comparación con las mujeres que trabajan de diferentes sectores industriales de Australia.

**Las ITS** que han padecido las mujeres que ejercen la prostitución en Asturias son las más habituales y las más relacionadas con el contacto sexual frecuente (Candidiasis, las verrugas genitales, Clamydeas y el Herpes genital); Son mujeres que se preocupan por su salud acudiendo de forma sistemática a las Unidades de ITS, especialmente en nuestra muestra de mujeres inmigrantes. Estos datos son coincidentes con la mayoría de los estudios sobre auto-cuidado, enfermedades, ITS, VIH, etc. realizados en España y en Asturias con población de mujeres que ejercen la prostitución (Baltazar et al., 2005; Barrasa et al., 2004; Belza et al., 2004, 2001; Camejo, Mata y Díaz, 2003; Del Amo et al., 2005; Estébanez et al., 2002; Fernández, 2004; Folch et al., 2008, 2009; Gutiérrez et al., 2004; Nogales et al., 2007; Nigro et al., 2006; Ojer et al., 2007; Ortí, 2005; Pardo y Agudo, 2008; Pinedo, 2005, 2008; Rodríguez, 2002; Sánchez et al., 2003; Santana, 2006; Solana, 2003; Touzé et

al, 2001; Uribe y Hernández, 2000; Uribe-Salas et al, 2003) y en otros países (Day y Ward, 2004, 2006; Jeal y Salisbury, 2004b, 2007; Kimoto, 2001; Leuridan et al., 2005; McKeganey y Barnard, 1996; Papadogeorgaki et al., 2006; Sanders, 2005; Seib et al., 2009; Touzé et al, 2001; Vanwesenbeeck, 2001; Ward et al., 2004; Ward y Day, 2006). A pesar de los riesgos que comporta el ejercicio de la prostitución, en las Unidades de ITS de Asturias se constata una disminución de algunas ITS clásicas y la disolución del binomio prostitución-VIH siempre que se den las siguientes condiciones: uso de preservativo, no tener prácticas de riesgo, no tener pareja seropositiva, no ser consumidora de drogas por vía intravenosa, y hacerse revisiones y controles periódicos en las Unidades de ITS o centros de salud.

En nuestra muestra de estudio, la mayoría de las mujeres realizan **controles del VIH**, y a la luz de los resultados, podemos decir que los controles son asiduos y dentro de los periodos establecidos por las Unidades de ITS (3 meses, 6 meses, 12 meses, etc.). Sin embargo, no debemos despreciar al número de mujeres (3,5%) que no se han hecho la prueba ninguna vez; la explicación más plausible es que son las mujeres que son recién llegadas a nuestro país (en el caso de las inmigrantes) o comienzan a ejercer la prostitución por primera vez y aún no han hecho ningún control médico relacionado con el VIH. Tampoco debemos olvidar que un número importante de las mujeres europeas occidentales (españolas o portuguesas) que ejercen en piso (42%) no se han hecho la prueba ninguna vez en su vida; está claro que la percepción del riesgo es menor entre este grupo de mujeres. Por otro lado, en las entrevistas se han recogido comentarios de las mujeres sobre dónde acuden a las revisiones; se constata que las españolas acuden en menor medida a las Unidades de ITS que las mujeres inmigrantes. Las razones que aducen las españolas para no acudir a las Unidades de ITS son las siguientes: las Unidades de ITS se asocian a prostitución y ellas prefieren preservar su identidad; prefieren continuar con los controles rutinarios de Ginecología (de clínica privada o pública) que ya venían realizando antes de ejercer la prostitución; por último, algunas de las españolas ya han sido diagnosticadas y son seropositivas por haber tenido una pareja seropositiva o haber sido consumidoras de drogas por vía intravenosa.

Los factores que influyen para mantener un estado de salud bueno son, entre otros, el acceso a la tarjeta sanitaria para todas las personas inmigrantes, aunque no tengan “papeles”; el acceso y la gratuidad de las clínicas de ITS en Asturias; y los programas de Acercamiento en Asturias a los club, calle y pisos que favorecen el conocimiento y el acceso a los recursos sociosanitarios. Por otro lado, no se puede obviar que la salud previa de las mujeres inmigrantes (antes de llegar a nuestro país) es buena o excelente; la mujeres más fuertes y sanas de la comunidad son las que deciden emigrar

(Juliano, 2004). Bien distinto es el caso de las mujeres españolas de nuestra muestra, especialmente las que ejercen en la calle; en este caso hemos detectado más problemas de Salud, enfermedades, ITS, enfermedades relacionadas con el consumo de drogas o alcohol, un menor número de controles en las clínicas de ITS, etc. Estos datos también son hallados en otros estudios sobre prostitución de calle en España y en otros países (ASE-Psiké, 1997; Baker y Case y Policicchio, 2003; Baker, Wilson, y Winebarger, 2004; Barnard, 1992; Barrasa et al., 2004; Brents y Hausbeck, 2005; Brewis y Linstead, 2000; Burruano y Seydel, 2006; Church et al., 2001; Creighton, Tariq y Perry, 2008; Emakunde, 2001, 2007; Estébanez et al. 2002; Farley y Barkan, 1998; Folch et al., 2008, 2009; Jeal y Salisbury, 2004b; López y Pinedo, 2007; Meneses, 2003; Pinedo, 2008; Pinedo y Martín, 2006; Raphael y Shapiro, 2004; Ribeiro y Sacramento, 2005; Sanders, 2005; Santana, 2006; Stulhofer et al., 2009; Surrat et al., 2004; Rodríguez, 2002; Vanwesenbeeck, 2001; Williamson y Folaron, 2001).

En nuestra muestra se han hallado diferencias en función de la procedencia: si se compara el grupo de mujeres africanas con las latinas, se constata que las africanas tienen o han tenido en mayor proporción ITS; si se compara las latinas con las europeas orientales, el grupo que obtiene un porcentaje mayor en la variable ITS son las mujeres de Europa Oriental. En el estudio de Estébanez et al. (2002) también se halla esta variabilidad en función de la procedencia; los motivos que pueden explicar estas diferencias son las siguientes: las mujeres africanas llevan más tiempo en España, son más mayores, tienen tarjeta sanitaria y por lo tanto tienen más acceso a los servicios de ginecología; en cambio las mujeres del Este, son más jóvenes, tienen una situación de “turista”, llevan poco tiempo que en España, no tienen tarjeta sanitaria y por lo tanto tienen un menor acceso a los servicios de salud.

A partir de estos resultados, no podemos afirmar que la Prostitución esté asociada con enfermedad, ITS, VIH-Sida, excepto en los grupos de personas que tienen graves problemas relacionados con el consumo de drogas y tienen conductas de riesgo; estos hechos se pueden manifestar en la población general, y no sólo en las personas que ejercen.

En relación a los **estilos de vida y hábitos de salud** de las mujeres que ejercen la prostitución se detectan los siguientes problemas: la mitad tiene problemas de sueño, los más habituales son despertarse con frecuencia durante la noche, dormir pocas horas y problemas para conciliar el sueño. Tienen problemas con la alimentación, especialmente los referidos a la regularidad



de las comidas; lo más habitual entre estas mujeres es hacer dos comidas diarias (comida y cena, desayuno y cena, y otras combinaciones) o tan sólo una. En relación a las actividades físicas que realizan en su tiempo libre, manifiestan mayoritariamente que no hacen ningún tipo de actividad, ya sea por cansancio físico relacionado con los servicios sexuales, ya sea o por falta de tiempo (por tener cargas familiares, tener otros trabajos, horario nocturno o de 24 horas, etc.). En nuestra muestra, las mujeres que ejercen en piso mantienen una alimentación más correcta y tienen un índice mayor de actividad física que las mujeres que ejercen en club. Dentro de la modalidad de piso, las mujeres que se mantienen más activas son las latinas frente a las europeas occidentales (españolas y portuguesas). Estos factores están influenciados por los horarios establecidos para el club (nocturnidad); los horarios establecidos para el comedor en el Hotel-club; el compaginar el ejercicio de la prostitución con otro tipo de trabajo; el cuidado de los hijos/as a pesar de los horarios de noche, etc.

Estos datos son coincidentes con otros estudios que analizan el estilo de vida de las mujeres que ejercen la prostitución (Emakunde, 2001, 2007; Ortí, 2005; Pinedo, 2008). En el estudio de Fernández (2004) es inevitable asociar el tipo de quejas psicósomáticas (escala ESS-R) con el tipo de actividad que se ejerce (prostitución u hostelería); las camareras se quejan de dolores de espalda y piernas (por las horas que pasan de pie y en movimiento para atender las mesas y la barra) y de problemas de alergia en la piel por el contacto con productos; las mujeres que ejercen refieren más dolencias y molestias en el aparato Genitourinario, relacionado directamente con el ejercicio de la prostitución; sin embargo, ambos grupos se quejan de forma similar de problemas Gastrointestinales (relacionados con los cambios y desarreglos en el horario de comida, turnos de trabajo, etc.).

Los resultados sobre **adicción y consumos** en nuestra muestra de mujeres que ejercen la prostitución en Asturias son positivos: la mitad no consume alcohol, dos tercios no fuman tabaco y la mayoría no consumen drogas; tan sólo el 3.5% (7) manifiesta haberse inyectado alguna droga y un 10% dice consumir en la actualidad (cocaína, hachís, marihuana). En la población de mujeres jóvenes asturianas (Novo, 2005) el consumo de drogas inyectadas como la heroína es muy bajo (1%); el consumo de cocaína, hachís, y pastillas es más alto (un 13, 2%,) datos referidos al consumo “de vez en cuando” “semanalmente” “diariamente”.

Si tenemos en cuenta la variabilidad de la muestra, se constatan diferencias en función de la modalidad y de la procedencia en el consumo de drogas, alcohol y de tabaco:

Las mujeres de club consumen en mayor medida que las mujeres de piso, una gran variedad de drogas, especialmente la cocaína; este hecho puede estar relacionado con la facilidad y acceso directo a las drogas en ambiente nocturno del club, frente al ambiente de los pisos. Es llamativo que las

africanas, tanto de piso como de club, son las mujeres que menos consumen cualquier tipo de drogas; esto puede estar relacionado con aspectos culturales, étnicos o religiosos.

El grupo con un porcentaje mayor de mujeres que consume alcohol se encuentra en la modalidad de piso frente a las de club; sin embargo la frecuencia de consumo es mayor en el caso de las mujeres que ejercen en club que las que ejercen en piso. En cuanto a la procedencia, se hallan diferencias en la modalidad club: las mujeres que más alcohol consumen con mayor frecuencia son las mujeres de Europa Oriental seguidas de las africanas y por último las latinas, que obtienen un porcentaje mucho menor; en el caso de la modalidad piso, las latinas son las que tienen un consumo menos frecuente. En el estudio realizado con la juventud asturiana (Novo, 2005), no beben el 24,3% de las mujeres y beben los fines de semana o alguna vez el 72,4%. A la luz del análisis, podemos decir que las mujeres que ejercen la prostitución presentan un menor índice de consumo de alcohol que la población de mujeres (16 a 29 años) que no ejercen la prostitución.

Con respecto al consumo de tabaco, las mujeres de piso son el grupo con mayor número de fumadoras, especialmente las mujeres europeas occidentales (españolas y portuguesas), frente al grupo de latinas y frente a los grupos de mujeres de diferentes nacionalidades que ejercen en club; el porcentaje para todas las inmigrantes es entorno al 30% de fumadoras, frente al 68,4% de las españolas.

Los consumos de alcohol y drogas de las mujeres que ejercen la prostitución en la modalidad de club y piso son semejantes al consumo que se da en la población general como demuestra el estudio de EDIS (2004). Por lo tanto, la Prostitución no está asociada al estereotipo “consumo de drogas o de alcohol”, excepto en perfiles muy concretos, como es el caso de las personas que ejercen en la calle y que son drogodependientes o con poli-toxicomanías (Baker et al., 2003, 2004; Brewis y Linstead, 2000; CIMTM, 2002; Creighton, Tariq y Perry, 2008; Cwikel, Ilan, Chudakov, 2003; Diputación de Palencia, 2008; EDIS, 2004; Estébanez et al., 2002; Meneses, 2003, 2007; Fernández, 2004; Jeal y Salisbury, 2004a; Jeal, Salisbury y Turner, 2008; López y Pinedo, 2007; Pinedo, 2005, 2008; Pinedo y Martín, 2006; Potterat et al., 1998; Ribeiro y Sacramento, 2005; Sanders, 2005; Surrat et al., 2004; Vanwesenbeeck, 2001).

#### **8.4. Salud Sexual**

Más de la mitad de la muestra total de mujeres que ejercen la prostitución en Asturias no presentan problemas o disfunciones en su Salud Sexual (interés sexual, la excitación, orgasmo y satisfacción sexual), aunque no puede pasar inadvertido que existe un porcentaje importante de mujeres, que tienen dificultades para conseguir el orgasmo en sus relaciones sexuales privadas.

Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por Munasinghe et al. (2007); el placer y la satisfacción emocional con el sexo en las mujeres que ejercen es similar al de las mujeres que no ejercen, sin embargo, las mujeres que ejercen la prostitución son más propensas a experimentar desinterés sexual. Pinedo (2005, 2008) aplica el “Social and Emocional Loneliness Scale for Adults-Short” (SELSA-S), “The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire” (MSSCQ) de Snell (1995) y el “Sexual Satisfaction Inventory” de Marilyn Peddicord; las personas que ejercen la prostitución presentan un nivel de satisfacción sexual normal, incluso más alta que el resto de la población; sin embargo, halla puntuaciones altas en Soledad Romántica o de Pareja, en la Subescala de Depresión Sexual, en la Subescala de Satisfacción y en la Satisfacción Sexual con la Pareja.

Sobre el placer en las relaciones sexuales, ya sea con el cliente, con la pareja o el placer en la masturbación, las mujeres entrevistadas manifestaban opiniones diversas; en algunos casos, las mujeres tienen dificultades para lograr el orgasmo con la pareja, porque están cansadas si han tenido muchos servicios sexuales con clientes; otras, porque les afecta y les cuesta separar las dos esferas; en otros casos, los sentimientos de culpa, el estigma, tiene un peso importante. Con el cliente, algunas mujeres manifestaron tener placer, incluso orgasmos, pues es un aspecto difícil de controlar, especialmente si están a gusto con el cliente o les agrada, pero, por lo general, el tener placer con el cliente es negativo, porque perjudica el control de la situación y se pueden cometer más riesgos. Estos datos sobre Salud Sexual también son hallados en otros estudios (ASE-Psiké, 1997; Fernández, 2004; Jackson et al., 2009; López y Pinedo, 2007; Munasinghe et al., 2007; Pinedo 2005, 2008; Savitz y Rosen, 1988).

A partir de estos resultados, podemos desmitificar el estereotipo “problemas y disfunción sexual” asociado a las mujeres que ejercen la Prostitución. No obstante, es importante no olvidar que a la mitad de las mujeres la Prostitución les afecta en su vida sexual privada. Este aspecto es coincidente con el estudio de Jackson et al. (2009) y Savitz y Rosen (1988); el estigma afecta a las relaciones íntimas; aunque se intenta siempre separar los dos espacios, el ámbito público y el privado en ocasiones se entrecruzan (Medeiros, 2000).

En nuestro estudio se hallan diferencias en la variable repercusión de la actividad en la vida sexual privada. Las mujeres que ejercen en piso, frente a las de club, son las que más acusan esta situación aunque las diferencias no son significativas; no hay que olvidar que las mujeres que ejercen en piso son las que tienen en mayor medida pareja estable actual o están casadas y tienen más cargas familiares; por otro lado, dentro de las mujeres de piso, las españolas o portuguesas son las que más lo acusan (frente a las latinas), aunque tampoco son significativas las diferencias con el nivel de significación aplicado; estas diferencias pueden deberse al estigma social inherente al ejercicio de la prostitución, más acentuado en las españolas que viven en su propio país, frente a las inmigrantes; las mujeres latinas ejercen por sacar a su familia adelante, por lograr asentar a su familia en el país de acogida, porque no hay trabajo regular para ellas, etc.; estos motivos son más “aceptados socialmente” por sus parejas o familiares que los motivos que aducen las europeas occidentales para ejercer (por que quieren, por que se gana más dinero, para saldar una deuda, etc.).

Si analizamos los datos en función de la procedencia, se hallan diferencias significativas entre las mujeres que ejercen en la modalidad de club. El grupo de mujeres más jóvenes, con menor número de parejas estables, con un mayor número de solteras o separadas, y que acuden a nuestro país como “turistas”, son las mujeres del Este; parece que las variables mencionadas, pueden estar relacionadas con la repercusión de la actividad de la prostitución, ya que las mujeres del Este son las que menos les afecta en su vida sexual privada.

### **8.5. Salud Psicológica**

Nuestra muestra de mujeres que ejercen la prostitución en Asturias presentan una puntuación total en el GHQ 28 más alta que la población normal estudiada por Gili et al. (2000). Las quejas son más altas en la escala de Ansiedad/Insomnio; obtienen puntuaciones intermedias las escalas de Síntomas Somáticos y Disfunción Social; la escala que obtiene la puntuación media más baja es la de Depresión.

Las altas puntuaciones en Ansiedad/Insomnio pueden deberse a varios factores: la nocturnidad de la modalidad de club, las jornadas largas en los pisos de 24 horas, los problemas de sueño, los sucesos vitales estresantes recientes como es el viaje emigratorio, el estrés que supone la adaptación e integración en el país de acogida, los peligros y temores percibidos en la actividad de la prostitución, el miedo a los contagios, la situación de irregularidad en el caso de las inmigrantes “sin papeles”, las dificultades para compaginar la vida privada con la prostitución, el estigma asociado a la actividad, etc. En España, Ortí (2007) estudia la auto-percepción de la salud física y mental de las

mujeres que ejercen la prostitución en los club y en la modalidad de calle en Castellón. Las enfermedades psíquicas más comunes entre las mujeres son las siguientes: trastornos de ansiedad, en concreto, agorafobia y trastorno obsesivo compulsivo, vinculado con la exagerada necesidad de limpieza sobre sus cuerpos que muestran algunas mujeres. También se observan comportamientos catalogados dentro del trastorno post-traumático caracterizado por la re-experimentación de acontecimientos y experiencias traumáticas del pasado y síntomas de aumento de la activación (dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad y dificultad para la concentración). Otros autores, como Baker, Case y Policicchio (2003) también han detectado depresión en el grupo de personas que ejercen la prostitución. Estas variables están muy vinculadas a los ítems que componen la subescala Ansiedad/Insomnio del GHQ-28.

Si atendemos a los factores ligados exclusivamente a la prostitución, el malestar psicológico puede estar asociado a los siguientes factores: la toma de conciencia de estar en una actividad que la sociedad considera como algo negativo y estigmatizante (Hong et al., 2010; Tomura, 2009); las dificultades para separar las dos esferas de su vida (su vida privada y familiar de la vida en el ejercicio de la prostitución) (Mcverry y Lindop, 2005); la falta de control sobre las condiciones de la actividad (ilegal o alegal, temporal, etc.), las relaciones difíciles con otras mujeres o compañeras, el ocultamiento de su actividad, los peligros y riesgos en cuanto a su salud y a su seguridad personal, (Bennett y Sowinski, 2007; Tomura, 2009); no ejercer de forma autónoma, el no ser una actividad que se elige de forma libre, las reacciones negativas sociales, las experiencias de violencia y la falta de control en la interacción con los clientes, el estigma social y las experiencias relacionadas con el estigma (la violencia, la falta de apoyos para la gestión, la falta de identidad como trabajador/a, etc.) (Vanwesenbeeck, 2005).

Otros factores inherentes a la prostitución son la ocultación, el sentimiento de culpabilidad y la incomprensión. La decisión de ocultar o no el ejercicio de la prostitución está marcada por la percepción que se tiene de esta actividad y de la propia autoimagen (Koken et al. 2009; Tomura, 2009); las mujeres que optan por ocultarlo es porque se avergüenzan de lo que hacen y por lo tanto de ellas mismas; aquellas que lo ocultan sienten encima el peso de la mentira y de la culpa. El sentimiento de culpabilidad provoca actitudes de victimización para justificar su actividad (se sacrifican por sus familias o no encuentran otra alternativa). Incomprensión, se da un conflicto interno entre la auto-imagen y la imagen estigmatizada que se les atribuye en la prostitución (EDIS, 2004).

Otros estudios que analizan la Salud Psicológica en la mujeres que ejercen la prostitución son los siguientes: Pinedo (2005, 2008) aplica los cuestionarios de autoestima “Rosenberg Self-Esteem”

(RSE) de Rosenberg (1965) y de depresión y ansiedad SCL-90-R (Derogatis, 1994); en relación con la depresión y la ansiedad y la autoestima, las personas que ejerce en club y piso tienen niveles similares a la población general, excepto el grupo de personas que ejerce en la calle, que presentan niveles de ansiedad y depresión superiores y un nivel de autoestima medio. Tampoco Seib Fischer y Najman (2009) hallan diferencias en la Salud Psicológica de las mujeres que ejercen en club o piso; además, sus puntuaciones son similares a las mujeres que trabajan en diferentes sectores industriales; sin embargo, las mujeres que ejercen en la calle tienen 4 veces más probabilidades de padecer problemas de salud mental; aunque para estos autores las causas de estas diferencias obedecen más a la situación particular de cada mujer (problemas graves de Salud, problemas económicos y sociales, exclusión social etc.), que a la modalidad de ejercicio.

## **8.6. Salud Social**

La Salud Social de las mujeres que ejercen la prostitución se ha analizado a través del cuestionario Apoyo social percibido (DUKE-UNC) y el Apagar familiar.

**Escala de Apoyo Social Percibido DUKE-UNC:** a partir de los resultados obtenidos en nuestra muestra podemos afirmar que las mujeres que ejercen la prostitución en Asturias se sienten apoyadas en sus relaciones sociales, familiares y de pareja; el 75% de la muestra total percibe que tiene apoyo social satisfactorio; la media obtenida por nuestra muestra ( $\bar{x} = 39,70$ , D.T. = 10,54) en la escala DUKE-UNC es similar a la media obtenida en el estudio de Martín (2005) con una muestra de 125 mujeres de la población normal ( $\bar{x} = 40,90$ , D.T. = 9,68), en este caso, el porcentaje de mujeres que obtienen puntuaciones positivas es ligeramente más alto, el 78,6%.

Las mujeres que ejercen la prostitución valoran de forma más positiva la comunicación y confidencialidad que el apoyo emocional y afectivo; este hecho puede deberse, entre otros factores, al estigma social que está asociado al ejercicio de la prostitución y la exclusión social en la que vive este colectivo (Agustín, 2001; Hong et al., 2010; Juliano, 2002; Koken et al. 2009; López y Mestre, 2006; Perkins, 1991; Pheterson, 1990; Sanders, 2005; Savitz y Rosen, 1988; Tomura, 2009; Vanwesenbeeck, 2001) y a las dificultades que encuentran para normalizar sus relaciones sociales, sus relaciones de pareja, o las relaciones afectivas o de cuidado con sus hijos/as (EDIS, 2004; Jackson, Bennett y Sowinski, 2007; Pinedo, 2005, 2008; Sloss y Harper, 2004).

Nuestros resultados son también acordes con los obtenidos por EDIS (2004); en este estudio las relaciones familiares y de amistad de las mujeres que ejercen la prostitución son mejores que los otros grupos de mujeres de exclusión social. Si la muestra de mujeres que ejercen es comparada con las mujeres de la población normal, las puntuaciones son más bajas en las relaciones familiares y similares en las relaciones de amistad. Sin embargo, en las relaciones con los compañeros de profesión o de vida, las mujeres que ejercen la prostitución muestran una menor satisfacción en las relaciones, junto a las mujeres sin techo, frente a los otros grupos de exclusión y frente a la población normal. Este hecho se explica porque la muestra de mujeres que ejercen, de la investigación EDIS (2004), está compuesta por un gran número de mujeres españolas que ejercen en la calle.

En nuestra muestra hemos hallado diferencias en función de la modalidad: las puntuaciones en esta escala (DUKE-UNC) son más bajas en las mujeres que ejercen en piso que en las mujeres que ejercen en club. Sin embargo, las puntuaciones no varían en función de la procedencia, en el caso de las mujeres que ejercen en piso, tanto las latinas como las europeas occidentales, obtienen puntuaciones similares. En general, las mujeres que ejercen la prostitución en Asturias perciben que tienen posibilidades de salir con amigos, distraerse, o ser atendidas por alguien si tienen un problema o están enfermas. También podemos decir que se sienten queridas y que reciben amor y afecto, ya sea de la pareja, de sus hijos, o de los familiares.

Las mujeres aprecian de forma muy positiva las relaciones que se establecen entre las compañeras del club o del piso (subescala comunicación confidencial); este tipo de relaciones les permite hablar, comunicarse, entablar amistades, confiarse problemas, etc. Este aspecto es más valorado por las mujeres que ejercen en club que las de piso; una explicación plausible es que en este espacio se tienen relaciones sociales más intensas con las compañeras ya que sus relaciones sociales con el exterior (fuera del local) son más escasas; también se constata que se da mucha importancia a las relaciones dentro de la actividad de la prostitución, ya que, muchas veces, la elección de un club está en función de las relaciones que se establecen entre las mujeres del local. Sin embargo, en los pisos, se detectan mayores tensiones entre las compañeras; el espacio es más pequeño, son muchas horas en la misma habitación, existe más competitividad entre las mujeres en relación al número de servicios diarios, es más difícil eludir las conversaciones incómodas, no se puede tener tanta comunicación confidencial, es más difícil mantener relaciones con personas poco afines en gustos o intereses, etc.

En cuanto al apoyo emocional y afectivo (subescala socio-afectivo), los resultados de nuestra muestra también son positivos; es importante recordar que la mitad de la muestra tiene pareja estable o está casada; es normal que se sienten apoyadas emocionalmente y queridas. Por otro lado, la mayoría tienen hijos, en muchos casos, viviendo con ellas o en trámites de realizar una reagrupación familiar. Cuando se les pregunta sobre la pareja, muchas nos informan que sus parejas actuales son conocedoras de la actividad que realizan; sin embargo, la mayoría ocultan la actividad a sus familiares. Como afirma Juliano (2004), las mujeres que ejercen enfatizan el hecho de tener pareja estable y ser buena madre de sus hijos para preservar la autoestima. Por otro lado, las relaciones con la pareja y con la familia son lugares de refugio y seguridad, y el espacio para liberar las tensiones que se producen en la actividad de la prostitución (Jackson, Bennett y Sowinski, 2007). Tampoco podemos olvidar, que las mujeres inmigrantes valoran de forma muy positiva el contacto con otras personas de su país de procedencia; buscan apoyos y redes sociales que faciliten la integración y adaptación en el país de acogida; por otro lado, las relaciones con las familias y amistades que se encuentran en su país de procedencia son positivas y muy fluidas, se sienten importantes porque son las que envían el dinero para mantener a muchos miembros de su familia, intentan reagrupar a la familia en España, apoyándola a nivel económico y en la búsqueda de empleo, etc.

Tenemos que señalar que nuestros datos no son coincidentes con los obtenidos por Pinedo (2008); en general, la muestra de personas que ejercen en Castilla y León está poco satisfecha con sus relaciones familiares y sociales. En la escala de Soledad Emocional, la muestra siente mayor soledad emocional familiar, mayor soledad de pareja y mayor soledad social que la población general. En las relaciones sociales se hallan graves carencias: no tener ninguna amistad dentro del mundo de la prostitución, tener sus amistades en sus países de origen (en el caso de las que ejercen en club y piso, inmigrantes), muerte por problemas de consumo o por graves problemas de salud de sus amistades más íntimas (en el caso de las que ejercen en la calle y españolas). Estos datos varían en función de la modalidad; las personas que ejercen en la calle tienen peores relaciones sociales y familiares que las que ejercen en piso o club.

En relación a las puntuaciones obtenidas en el **APGAR familiar**, los resultados también son positivos aunque un poco más bajos. La media para toda la muestra de mujeres que ejercen la prostitución en Asturias es de 7,12, similar a la obtenida en la población normal por Martín (2005), cuya muestra de mujeres (N=125) obtiene una media de 8,17.

Si se analiza la muestra en función de la modalidad se constatan diferencias significativas: las mujeres que ejercen en piso obtienen puntuaciones más bajas (más problemas en las relaciones



familiares) que las mujeres que ejercen en club. Si se analiza en función de la procedencia, existen diferencias en las mujeres que ejercen en club; las mujeres que obtienen puntuaciones más bajas son las africanas, seguidas de las europeas del Este; las que obtienen puntuaciones más altas son las mujeres latinas. En general, podemos afirmar que la mayoría de las mujeres que ejercen la prostitución mantienen relaciones positivas con la familia; la mayoría nos relatan que se sienten muy apoyadas por la familia, especialmente cuando tienen problemas económicos, de pareja o con los hijos; no hay que olvidar que las mujeres que ejercen la prostitución son cabeza de familia en muchos casos, y son un soporte emocional y además económico muy importante para sus familiares. Sin embargo, las inmigrantes se quejan del poco tiempo que pueden estar con su familia, dadas las distancias; para compensar, nos dicen que suelen llamar por teléfono todos los días a su país, o una vez a la semana. También utilizan otros métodos, como Internet (el Chat), el correo electrónico y las videoconferencias.

Llama la atención de los datos obtenidos, que el grupo de mujeres europeas occidentales (españolas y portuguesas) que ejercen en piso, son el grupo que han obtenido una puntuación más bajas o negativa en el Apgar Familiar; la explicación más plausible es que las españolas mantienen relaciones menos fluidas o con más dificultades nivel familiar (separación, abandono, distanciamiento); en algunos casos, se sienten con muy pocos apoyos en los problemas personales por parte de sus padres o hermanos; en otros casos, se sienten rechazadas y apartadas por su familia, porque no aprueban la actividad que ejercen actualmente. Es evidente que la distancia física de las familias de las mujeres inmigrantes facilita el control del estigma, la ocultación de la actividad y llevar una doble vida en mayor medida que en el caso de las españolas, donde las familias están en la misma ciudad o país. Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por Jackson, Bennett y Sowinski (2007); las personas que ejercen tienen relaciones sociales y familiares, al igual que la población normal, pero no podemos obviar que pueden estar condicionadas por factores directamente relacionados con el estigma asociado a la prostitución.

### **8.7. Salud Ambiental**

Las personas que ejercen la prostitución viven en una situación de riesgos múltiples y priorizan ciertos peligros, en función de las consecuencias percibidas y el grado de control (Sanders, 2004). Las mujeres que ejercen la prostitución en Asturias consideran que la prostitución es una **actividad peligrosa** y que tiene riesgos; sus miedos y temores más frecuentes se relacionan con el contagio de enfermedades de transmisión sexual, las agresiones del cliente, y con la rotura del preservativo, y por consiguiente, el contagio de una enfermedad o infección y /o el embarazo no deseado, datos congruentes con los obtenidos por Mcverry y Lindop (2005). Para Brents y Hausbeck (2005) existen tres tipos de violencia: la violencia interpersonal contra las mujeres que ejercen, la violencia contra el orden social, y el contagio de las enfermedades de transmisión sexual. Para Rhodes et al. (2008) la violencia en el entorno de la prostitución está vinculada a las relaciones sexuales sin protección y la escasa capacidad para evitar el riesgo.

Si analizamos nuestros datos en función de la modalidad, constatamos que el temor está muy acentuado tanto en las mujeres que ejercen en club como en las mujeres que ejercen en piso; si se analiza en función de la procedencia, se constatan diferencias importantes; entre las mujeres que ejercen en piso, las latinas tienen más miedos, frente a las europeas occidentales (españolas o portuguesas). Esta variable se puede explicar por el hecho de estar o no en situación irregular en el país de acogida, el desconocimiento de las leyes que protegen ante abusos o intimidaciones, la desprotección en recursos que pueden apreciar las inmigrantes, etc.

En cuanto al **tipo de temores** están relacionados principalmente con el contagio de enfermedades o tener problemas de salud, sufrir violencia o agresiones por parte de los clientes, y la rotura del condón (que implica embarazo no deseado y/o contagio de ITS). Hay diferencias significativas en cuanto al tipo de temores si tenemos en cuenta la modalidad y la procedencia; las mujeres que más temor tienen al contagio del VIH son las mujeres de piso (frente a las del club) y en la modalidad de club, las africanas. Con respecto al miedo a los clientes que están bajo los efectos de las drogas, las que más temor manifiestan son las mujeres latinas que ejercen en piso.

Llama la atención que a pesar de las diferentes condiciones ambientales en las que se desarrolla el ejercicio en cada modalidad, los temores señalados sean similares; sin embargo, en cada modalidad, provoca un temor más acentuado que otro; el miedo al contagio del VIH entre las mujeres que ejercen en piso puede deberse a que el cliente solicite, en mayor medida, los servicios sexuales sin el uso del preservativo; otra causa, puede ser que en el piso se establezca un tipo de

clientela fija, conocida y con confianza, donde la negociación del uso del condón sea menos estricta que en la modalidad de club; en el club, si un cliente no quiere usar el condón no hay margen para la negociación ya que las mujeres se niegan a hacer el servicio sexual y pasan directamente a negociar con otro cliente. Con respecto al miedo a los clientes bajo los efectos de las drogas (más acentuado en las mujeres latinas que ejercen en piso) puede deberse a la falta de seguridad que ofrece un piso; en estos locales, por lo general, las mujeres están solas y si se produce un episodio de violencia o de enajenación mental, no tienen la fuerza suficiente para reducir los efectos de la agresión; en cambio, en los club, es más fácil contar con la defensa de hombres del entorno, como son los jefes, los camareros, el portero del local, o los guardias de seguridad que trabajan en algunos locales; por otro lado, en los club no es habitual la presencia de clientes que consuman drogas ya que en este tipo de locales no está permitido, frente a los pisos, donde la prohibición del consumo de drogas por parte del cliente es más difícil.

Con respecto al miedo tan acentuado al VIH de las mujeres africanas que ejercen en club, la explicación más plausible se encuentra en el estudio sobre prevalencia del VIH entre mujeres que ejercen la prostitución (Estébanez et al., 2002); en este estudio el grupo de las mujeres africanas presentaban una mayor prevalencia entre las mujeres inmigrantes; las causas que aducen las autoras del estudio son las siguientes: *“De entre las no consumidoras de drogas, son las mujeres de origen africano las que presentan una prevalencia mayor de infección por VIH lo que, teniendo en cuenta su elevado nivel de uso del preservativo, nos lleva a pensar que su prevalencia puede estar relacionada con otros factores, como el sexo no protegido en sus países de origen, muchos de los cuales presentan altas tasas de VIH”* (Estébanez et al., 2002, p. 182). Parece evidente que el temor tan acentuado al contagio del VIH de las africanas de nuestra muestra puede estar relacionado con estar dentro de un grupo de riesgo.

El miedo a las agresiones, el miedo a los clientes ebrios, drogados, con trastornos mentales, etc., son temores generalizados entre las mujeres que ejercen la prostitución en todas las modalidades; sin embargo, cuando se les pregunta a las mujeres sobre la frecuencia de estas conductas y de este tipo de clientes, se constata que son bajas; datos coincidentes con los obtenidos por Pinedo, (2008) y Brents y Hausbeck (2005); para estos autores se tiende a asociar la violencia con la prostitución, aunque la relación entre los dos conceptos sea escasa y solo se da en contadas situaciones. En nuestro estudio se constatan que el 4,3% de las mujeres han sufrido algún tipo de abuso sexual o violación desde que se dedican a esta actividad. Este tipo de violencia es sufrida principalmente por las mujeres que ejercen en la modalidad de calle, dato que se constata en otros estudios (Ishoy, Ishoy y Olsen, 2005; Jeal, Salisbury y Turner, 2008; Pinedo, 2008; Plumridge

y Abel, 2000; Sanders y Campbell, 2007; Shannon et al., 2009; Vanwensenbeeck et al., 1994). En nuestro estudio también se ha constatado una mayor violencia sexual entre las mujeres del Este que ejercen en club; estos casos están directamente relacionados con el tráfico ilegal de personas con fines de explotación sexual, dato que es acorde con otros estudios (CIMTM, 2002; Estébanez et al., 2002; Serra, 2008) En cuanto a los malos psicológicos (humillaciones, insultos y/o discriminación), es sufrido por un número mayor de mujeres inmigrantes africanas que ejercen en club; en este caso, las mujeres relacionan este tipo de violencia con el racismo y la xenofobia que perciben y sufren por parte de algunos clientes, jefes o compañeras; este dato es concordante con otros estudios (Pardo y Agudo, 2008; Pinedo, 2008; Santana, 2006).

La variabilidad en función de la modalidad y de la procedencia se reflejan en los testimonios de las mujeres de nuestra muestra (en la modalidad de calle, piso y club), recogidos durante las entrevistas (tabla 117):

<p><i>“Una vez un cliente estaba algo bebido y me quería pegar porque le gustaba el sado, pero yo le empujé y salí de la habitación”</i></p> <p><i>“Una vez discutí con una chica del club, el dueño se metió en el medio y me dio un golpe a mí; lo tuve que denunciar y cambiar de club”</i></p> <p><i>“La Madame si que sabe humillar e insultarte; los clientes no, “</i></p> <p><i>“Una vez un cliente no me quiso pagar porque no quise hacerlo sin condón, se puso violento y cuando arrancamos me tiré en marcha y me hice daño en una pierna”</i></p> <p><i>“Hay un cliente loco que pasa por la calle muchos veces, nos insulta, nos quiere pegar, pero la policía nos protege, da vueltas, hasta que se marcha o le cogen...”</i></p> <p><i>Salí con un cliente-amigo a tomar algo por la tarde, nos enfadamos y empezó a insultar y a pegar; unos chicos de la calle llamaron a la policía, y me prendieron a mí porque no tenía papeles...., “</i></p> <p><i>“Una vez nos atracaron en el club, estábamos las tres solas, y pasamos miedo; le tuvimos que dar todo porque nos amenazaba con pegarnos o rajarnos”</i></p> <p><i>“Me insultan y me llaman negra o que tengo el Sida, que he venido en patera, que soy una muerta de hambre, lo dicen los clientes y a veces las chicas”</i></p>
--

*Tabla 117: Testimonios de las mujeres entrevistadas sobre la violencia en el entorno de la prostitución*

En las entrevistas también se han mencionado los casos de malos tratos propinados por sus parejas o fuera del entorno de la prostitución (tabla 118); en el caso de las mujeres inmigrantes, coincide que el maltrato está directamente relacionado con su decisión de emigrar a España. En nuestra muestra el número total de casos son 12 (el 5,6% de mujeres).

*“Tenía muchos problemas con mi pareja, me insultaba, me humillaba, me pegaba cuando bebía, y un día me cansé y me vine para España. El caso es que ahora me sigue amenazando, y me dice que se va a quitar la vida o que me va a quitar a los niños”*

*“Me casé con un español en mi país y cuando llegué aquí me puso a trabajar en un club, después me empezó a insultar y a humillarme; cuando me pegó la primera vez, me fui de casa, ...ahora estoy en juicios ....”*

*“Me fui de mi país porque no aguantaba más, mi marido me maltrataba físicamente”*

*“Aquí con los clientes no me pasa, pero en casa sí; mi marido me insulta y me humilla muchas veces”*

*“Mi marido me pegó tal paliza que aborté en el 5º mes de embarazo, me tuve que ir del país porque si no me mata,”*

*“Me han maltratado siempre, mi familia y mi pareja, todos contra mí, nunca he tenido apoyos, por eso me vine a España.”*

*En el piso no me siento maltratada por nadie; el problema lo tengo ahora en casa, ya me he puesto en contacto con una asociación a ver si me pueden ayudar”*

*Mi propia familia abusaba de mí, les he denunciado y me he ido del país, porque si no me matan”*

*“Mi pareja me pegaba por eso vine a España, aquí tengo familia que me ha reclamado, y ahora estoy tranquila”*

*“Tenía un novio español, me pegaba mucho; en cuanto pude lo denuncié”*

*“Me maltrata y me insulta mi pareja; aquí no,”*

*“Mi pareja me pegaba y me insultaba mucho; ahora ya no, porque lo hemos dejado”*

*Tabla 118: Testimonios de las mujeres entrevistadas sobre la violencia en el entorno de la familia*

En el último estudio sobre Violencia contra las mujeres (Instituto de la Mujer, 2006) los datos son los siguientes: El 3.6% de las mujeres residentes en España declara haber sido víctima de malos tratos, durante el último año, por alguna de las personas que conviven en su hogar, o por su novio, aunque no conviva con la mujer. La incidencia del maltrato es mayor entre las mujeres inmigrantes (el 7.0%), el doble del obtenido entre las mujeres españolas (3.5%) y el doble que entre el conjunto de las mujeres residentes en España (3.6%), siendo la diferencia con el total estadísticamente significativa. En nuestra muestra de mujeres que ejercen la prostitución el índice de

violencia o maltrato es superior a la población normal, como se ha demostrado en otros estudios (Church et al., 2001; EDIS, 2004; Holroyd et al., 2008; Kurtz et al., 2004; Pinedo, 2008; Plumridge y Abel, 2001; Rhodes et al., 2008; Ribeiro y Sacramento, 2005; Sanders, 2005; Sanders y Campbell, 2007; Shannon et al., 2009; Shaver, 2005; Surrat et al., 2004; Vanwesenbeeck, 2001; Weitzer, 2005). En España, EDIS (2004) obtiene niveles más bajos de maltrato en las mujeres de la población normal frente al grupo de mujeres de exclusión social, aunque en los dos colectivos (excluidas y normalizadas), el porcentaje total de respuestas se sitúa bastante por encima del 100%, lo que indica que cada mujer que sufre o ha sufrido malos tratos, los ha padecido de más de una persona (como media, alrededor de 1,6 personas diferentes en el caso de las excluidas y cerca de 1,4 personas diferentes, en el de las normalizadas). En ambos casos, los malos tratos proceden principalmente de personas del ámbito familiar.

Nuestra muestra de mujeres que ejercen la prostitución desarrolla diversas estrategias para reducir los riesgos asociados al ejercicio de la prostitución.

Las mujeres que ejercen en la calle se sienten seguras si existen controles policiales que vigilan la zona; suelen llevar móvil para llamar en caso de emergencia; con el cliente no se alejan mucho de la zona; suelen ir siempre al mismo sitio; las compañeras controlan el tiempo con el cliente, si tardan mucho en volver llaman para asegurarse de que todo va bien; el dinero lo suelen llevar en el zapato o bota para evitar robos; no cierran las puertas del coche o vigilan que no se ponga el seguro; llevan sprays u otras medidas de seguridad.

Las precauciones de las mujeres que ejercen en piso son menores; es un ambiente más seguro y controlado; las habitaciones nunca se cierran con llave; el cliente debe pagar por adelantado; los clientes pueden ser rechazados antes de que haga la elección, porque previamente se conoce quién viene; las dificultades surgen cuando es un cliente desconocido; si no acceden a usar el condón, el cliente es rechazado. Free, Roberts y McGuire (2007) y Sanders y Campbell (2007) analizan las variables ambientales que inciden en la prevención de riesgos; las variables determinantes son la selección previa que se hace del cliente, de las habilidades de comunicación, de las habilidades relacionadas con el ejercicio de la prostitución, la forma en que se organiza o estructura el encuentro, las reglas que se establecen, el tener dispositivos de seguridad, etc.

En los club, las formas de prevenir episodios es diversa y depende de las instalaciones del local; se procura no cerrar nunca la habitación con llave; en algunos club tienen dispositivos de alarma en las habitaciones, pero en otros se echa en falta y son solicitados por las mujeres a los dueños del local; en el club también se puede rechazar a clientes o prevenir a las compañeras si este ha

exhibido conductas violentas; los dueños o encargados pueden evitar la entrada de personas violentas o que han cometido agresiones.

A pesar de todas estas medidas de seguridad, muchas mujeres perciben que no pueden denunciar a la policía muchos casos de violencia o agresiones, por dos circunstancias; la primera, es que se encuentran en una actividad ilegal, por lo tanto no pueden denunciar abusos, acosos o problemas que se pueden dar en el entorno de la prostitución; la segunda, las mujeres inmigrantes en situación irregular no pueden denunciar y temen ser deportadas o expulsadas del país, aspectos coincidentes con otros estudios como el de Rhodes et al. (2008) y Pinedo (2008).

## **8.8. Calidad de Vida**

Las puntuaciones obtenidas por nuestra muestra de mujeres que ejercen la prostitución en la escala WHOQOL BREF difieren de las obtenidas por la población normal de diferentes países (Skevington et al., 2004). La Salud Física de las mujeres que ejercen la prostitución es muy inferior a la hallada por estos autores en su submuestra de mujeres; en los otros tres tipos de Salud las mujeres que ejercen la prostitución reflejan igual o mayor Calidad de Vida. Este hecho se repite cuando comparamos nuestra muestra con el estudio de validación del WHOQOL BREF en España (Lucas, 1996); nuestra muestra obtiene puntuaciones más bajas en la Salud Física, puntuaciones similares en Salud Psicológica y ligeramente más elevadas en Salud Social y Salud Ambiental.

Otros estudios que analizan la Calidad de Vida de las mujeres que ejercen la prostitución con la escala WHOQOL BREF, hallan resultados diferentes; Wong et al. (2006) estudian las mujeres que ejercen la prostitución de calle en China; la muestra obtiene puntuaciones más bajas en todas las áreas excepto en Salud Social que es similar al grupo de mujeres que no ejercen la prostitución. En el estudio de Pinedo (2005), en la Salud Física, Psicológica y Social, las puntuaciones para las mujeres que ejercen la prostitución son menores que para la población normal (Lucas, 1996); las puntuaciones se asemejan más a las medias obtenidas por los pacientes generales e incluso a la media de la muestra de pacientes de salud mental. En su segundo estudio sobre Calidad de Vida con personas que ejercen la prostitución Pinedo (2008) halla resultados muy positivos; la muestra obtiene mejor Salud Física, mejor Salud Psicológica y mejor Salud Ambiental que el baremo para la población sana (Lucas, 1996), pero presenta peor Salud Social.

La percepción de la Calidad de Vida de nuestra muestra de mujeres que ejercen la prostitución no varía en función de la modalidad (club o piso) y la procedencia, ya que sus puntuaciones son similares. Bien distinto es el caso de las puntuaciones que se han obtenido con las

mujeres que ejercen en calle, cuyas puntuaciones son muy bajas en todos los ámbitos; estos resultados son acordes con los estudios realizados con el cuestionario WHOQOL BREF (Holroyd et al., 2008; Pinedo, 2005, 2008; Wong et al., 2006) y con otros estudios similares que estudian las diferencias en ámbitos de la Calidad de Vida (Baker, Wilson y Winebarger, 2004; Brents y Hausbeck, 2005; Church et al., 2001; Farley y Barkan, 1998; Raphael y Shapiro, 2004; Surrat et al., 2004; Williamson y Folaron, 2001).

A continuación vamos a analizar de forma pormenorizada cada uno de los dominios que componen la Calidad de Vida y las posibles causas que explican los resultados hallados en las mujeres que ejercen la prostitución.

**El dominio de la Salud Física** del WHOQOL BREF evalúa: Energía y fatiga. Dolor y Malestar. Sueño y Descanso. Nuestra muestra de mujeres que ejercen la prostitución manifiesta bajos niveles de satisfacción con su estado de salud física si se compara con los otros dominios; por otro lado, su percepción de la Salud Física es peor si se le compara con la población normal.

Este dominio no varía en función de la modalidad ni de la procedencia, aunque se detecta (con una probabilidad de los datos inferior al 10%) una percepción más baja de la Salud Física en el grupo de mujeres africanas que ejercen en club, frente a las mujeres del Este. También hemos hallado diferencias en la Salud Física en función de la edad; las mujeres de más de 31 años son las que disfrutan de mejor Salud Física.

Estos datos concuerdan con los hallados por Wong et al. (2006); las mujeres que ejercen la prostitución perciben su Salud general de forma adecuada y semejante a la población normal, pero si se les pregunta sobre aspectos más concretos de su estado de Salud, se obtienen puntuaciones significativas más altas que las mujeres de la población normal en dolor y en malestar, energía y fatiga, enfermedades durante los últimos 3 meses, tomas de medicamentos y automedicación. Ballester (2000), al analizar las dimensiones de Calidad de Vida de las personas que ejercen la prostitución, detecta, entre otras, necesidades de bienestar físico, derivadas de los problemas y/o riesgos de Salud que son inherentes al ejercicio de la prostitución. En nuestro estudio las mujeres han manifestado tener un buen estado de salud y no tener enfermedades o ITS importantes, sin embargo, han manifestado otros tipos de problemas como son los trastornos del sueño y de la alimentación, falta de actividad física, la percepción de riesgo de contraer enfermedades o ITS, malestar por el insomnio, etc.



**El dominio de la Salud Psicológica** del WHOQOL BREF evalúa: Imagen corporal y apariencia. Sentimientos negativos. Sentimientos positivos. Auto-estima. Satisfacción vital. Sentido de la vida. Pensamientos, aprendizaje, memoria y concentración; se trata de una medida más amplia de salud psicológica, que no sólo se refiere al malestar psicológico. La percepción de la Salud Psicológica de nuestra muestra de mujeres que ejercen la prostitución no es inferior a la población normal. Con respecto a la variabilidad de la muestra, no se hallan diferencias en este dominio ni en función de la procedencia ni de la modalidad. Sin embargo, si comparamos nuestros datos de mujeres procedentes de Brasil y España con las submuestras de Skevington et al. (2004) de Brasil y España, se constata que las mujeres que ejercen la prostitución manifiestan tener peor Salud Psicológica que la muestra de su país.

En el estudio de Wong et al. (2006), las mujeres que ejercen la prostitución tienen menos disfrute de la vida, algunas no encuentran sentido a su vida, se sienten estresadas por los problemas económicos, familiares, etc. En el estudio de Mazuela y Almarza (2008) se analiza la Calidad de Vida de 478 mujeres que ejercen la prostitución y se detectan las siguientes dificultades en el ámbito de la Salud Psicológica: faltas de respeto continuas, fuente principal de su infelicidad; dificultades para el desarrollo personal causadas por la estigmatización, la desconfianza en sus propias capacidades, la baja autoestima, etc.; el ambiente de violencia, conflicto, ilegalidad y delictivo no propicia ningún crecimiento humano; la falta de reconocimiento de la prostitución como trabajo agrava esta situación. Ballester (2000) cuando analiza las dimensiones de la Calidad de Vida en las mujeres que ejercen la prostitución detecta dificultades relacionados con: la aceptación y la pertenencia a un grupo (dificultades de reconocimiento social de su actividad), ser estimada y respetada (dificultades de reconocimiento interpersonal de su actividad, temor, rechazo/resignación ante su situación, estados de angustia y a veces depresión, inestabilidad emocional, etc.); necesidad de autorrealización (dificultad para tomar decisiones que afectan el proyecto de vida, ausencia de futuro, etc.).

**El dominio de la Salud Social** del WHOQOL BREF evalúa: Relaciones sociales. Relaciones personales. Soporte social. Actividad sexual. La percepción de la Salud Social de las mujeres que ejercen la prostitución no es inferior a la población normal. Los niveles de Salud Social se encuentran en consonancia con los resultados encontrados en el apartado anterior con los cuestionarios de APGAR Familiar y el DUKE-UNC sobre apoyo social. Sin embargo, nuestros resultados difieren de los hallados por Rut Pinedo (2008) y Wong et al. (2006) que hallan puntuaciones muy bajas en esta área.. En el estudio de Mazuela y Almarza (2008) se detectan dificultades en la Salud Social, entre ellas: la inestabilidad y la movilidad permanente que provoca la

carencia de relaciones interpersonales, incluida la pareja y la imposibilidad de disfrutar el bienestar material que venían buscando; el aislamiento físico y social que les lleva a la soledad en todas sus facetas: familiar, social y de pareja, incidiendo en otros factores como el desarrollo personal, la capacidad para ejercer y reivindicar sus derechos y responsabilidades. Ballester (2000) detecta necesidades sociales como son: la alteración de la dinámica familiar, el abandono de la pareja, la explotación laboral, la deserción escolar, poca o ninguna solvencia económica al margen de la prostitución, etc.

**El dominio de la Salud Ambiental** del WHOQOL BREF evalúa: Nivel de independencia: Movilidad. Actividades de la vida diaria. Asistencia médica. Capacidad de trabajo. Recursos financieros. Seguridad. Ambiente físico. Transporte. Recreación y tiempo libre. Participación social. La percepción de la Salud Ambiental de las mujeres que ejercen la prostitución no es peor que la población normal. Dado que la mayoría del colectivo proviene de países en desarrollo, donde las condiciones de vida son duras, parece lógico que se sientan satisfechas con las condiciones en las que viven en España, aunque estas no sean adecuadas en la mayoría de los casos (Pinedo, 2008). Como sabemos, este colectivo realiza esta actividad por motivos económicos y hemos encontrado que tienen ingresos medios-altos, por lo tanto se encuentran satisfechas (CIMTM, 2003; Harcourt y Donovan, 2005; Fernández, 2004; Jordan, 2005; Pinedo, 2005, 2008). En el estudio de Calidad de Vida de Mazuela y Almarza (2008) una de las conclusiones que se extrae de las entrevistas con las mujeres está relacionada con sus ganancias económicas: el nivel de ingresos es superior al obtenido en otras actividades (servicio doméstico, cuidado de personas), pero coexisten condicionantes que confirman una baja Calidad de Vida como son la inestabilidad, las dificultades para controlar sus ingresos, etc.

Nuestros resultados no son acordes con otros estudios; los resultados tan bajos en Salud Ambiental de las mujeres que ejercen en las calles de Hong Kong (Holroyd et al., 2008; Wong et al., 2006) se explican por los siguientes hechos: la mayoría de las mujeres se sienten presionadas por las necesidades económicas, se sienten en constante riesgo de sufrir agresiones, sufren acoso por parte de la policía por la falta de regularidad de la actividad, ejercen durante todo el día muchas horas, no tienen tiempo libre y la mayoría tienen deficiencias en cuanto a la calidad de su vivienda. En el estudio de Calidad de Vida de Mazuela y Almarza (2008) se detectan dificultades para la autodeterminación y la falta de información o la desinformación que impide el ejercicio de la libertad. La carencia en el disfrute y en el ejercicio de sus derechos y responsabilidades debido a la invisibilidad a la que están sometidas las mujeres en prostitución. La falta absoluta de seguridad

jurídica que se extiende a toda la población inmigrante, pero en el caso de las mujeres que ejercen este aspecto se acentúa (estrés y temor permanente a ser deportadas, continuas redadas y amenazas). Las dificultades para obtener el permiso de residencia, la tarjeta sanitaria, etc. Las condiciones de explotación en el entorno laboral. Otros indicadores hallados por Mazuela y Almarza (2008) relacionados con la Salud Ambiental son la falta de seguridad física (expuestas a violencia machista, negativa de los varones a usar preservativo, riesgos para la Salud, etc.): La falta de tiempo para sí mismas, para el ocio, para la formación, para ir al médico...etc. Ballester (2000) detecta necesidades de seguridad y protección (control por parte de las mafias y chulos, violencia por parte de algunos clientes, etc.).

### **8.9. Necesidades de las mujeres que ejercen la prostitución**

Actualmente las instituciones públicas se plantean la intervención con personas que ejercen la prostitución centrándose principalmente en cuatro aspectos: la prevención de enfermedades de transmisión sexual y del VIH-Sida, programas de reducción de daños relacionados con la prostitución, la detención de redes de explotación sexual y la reinserción social de las mujeres (Fernández, 2007; Pinedo, 2008). Pero hemos visto que los principales problemas que presenta este colectivo en la actualidad se relacionan con las necesidades y dificultades que influyen en su Calidad de Vida y con las condiciones en las que ejercen la prostitución (Agustín, 2001;; Brussa, 2004; Ballester, 2000; Ballester, Orte y Perelló, 2003; Ballester, Perelló y Vecina, 2007; EDIS, 2004; Fernández, 2004; Jackson, Bennett y Sowinski, 2007; Mazuela y Almarza, 2008; Pheterson, 2000; Pinedo, 2005, 2008; Sanders, 2005; Vanwesenbeeck, 2001).

A continuación vamos a exponer las necesidades detectadas a partir de nuestro estudio de la Calidad de Vida de las mujeres que ejercen la prostitución (tabla 119).

<b>Necesidades relacionadas con la Calidad de Vida y variables socio- demográficas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Las mujeres que ejercen la prostitución son en su mayoría inmigrantes; realizan su proyecto migratorio por las escasas oportunidades en sus países de origen y por problemas económicos graves.</li> <li>● Hay mujeres que presentan desconocimiento del idioma y de los lugares en los que se puede aprender.</li> <li>● Desconocen y no tienen acceso a los establecimientos asistenciales, Servicios Sociales, etc.</li> <li>● Precisan el Empadronamiento y cumplir los requisitos para el mismo.</li> <li>● Asesoramiento legal y jurídico: denuncia de engaños y estafas: precios abusivos (del billete de avión, del alojamiento y la manutención en los club) y servicios fraudulentos (como engaños y cobros innecesarios en la tramitación de papeles o en la asistencia sanitaria).</li> <li>● Precisan medios para la regularización de su situación en el país.</li> <li>● Son mujeres con estudios pero estos no son acordes con los trabajos que desempeñan (servicio doméstico, hostelería, prostitución, y agricultura).</li> <li>● Precisan de formación y cualificación profesional homologada para trabajar en nuestro país.</li> <li>● Precisan de recursos y estrategias para su inserción socio-laboral en el caso de que quieran iniciar el abandono de la prostitución.</li> </ul>	
<b>Necesidades relacionadas con la Calidad de Vida Física</b>	<b>Necesidades relacionadas con la Calidad de Vida Psicológica</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Necesidad de cumplir requisitos para la Tarjeta sanitaria</li> <li>● Atención sanitaria (específica y general) gratuita.</li> <li>● Servicios especializados en ginecología y tratamiento de I.T.S.</li> <li>● La atención a los pacientes de los centros de salud no es compatible con los horarios de dedicación a la prostitución.</li> <li>● Las mujeres presentan alta movilidad geográfica lo que dificulta el tratamiento o seguimiento de su salud física.</li> <li>● Presentan problemas de sueño.</li> <li>● Presentan trastornos en la alimentación.</li> <li>● Dedicación escasa al ejercicio físico.</li> <li>● Su actividad conlleva riesgos para su salud por el contacto continuo con clientes.</li> <li>● En el entorno de la prostitución existe el consumo de alcohol, tabaco y drogas.</li> <li>● Graves problemas de salud en el caso de las mujeres españolas que ejercen en la calle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● En el caso de las inmigrantes, reajustar las altas expectativas con las que lleguen al país y conocer la situación real que se van a encontrar al venir a España.</li> <li>● En el caso de las inmigrantes, adaptación a la cultura y la integración social en el país de acogida (efectos negativos del aislamiento y el estrés).</li> <li>● Prevenir los riesgos psicológicos derivados del hecho de ser objeto de violencia y/o explotación (en la prostitución, en la pareja, por sus familias).</li> <li>● Prevenir los riesgos psicológicos derivados de la prostitución (efectos negativos del aislamiento, la culpa, la estigmatización).</li> <li>● Prevenir y tratar los riesgos psicológicos derivados de la prostitución (Ansiedad/insomnio, repercusión de la actividad en la vida sexual privada, etc.)</li> <li>● Graves problemas psicológicos y de salud mental en el caso de las mujeres españolas que ejercen en la calle</li> </ul>

Necesidades relacionadas con la Calidad de Vida Social	Necesidades relacionadas con la Calidad de Vida Ambiental
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de extender redes de apoyos sociales y familiares en el caso de las inmigrantes.</li> <li>• Graves problemas socio-familiares y de exclusión social en el caso de las mujeres españolas que ejercen en la calle.</li> <li>• Casamientos ficticios para lograr la regularización en el país de acogida.</li> <li>• Son cabeza de familias y tienen importantes cargas familiares.</li> <li>• En el caso de las inmigrantes, precisan recursos para el reagrupamiento familiar. Escolarización de los menores. Recursos para el cuidado de menores.</li> <li>• Escaso tiempo para el ocio y las relaciones sociales.</li> <li>• Los horarios de dedicación a la actividad no son compatibles con los horarios para salir con amistades o familiares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Están en una actividad ilegal, y por lo tanto, no hay derechos reconocidos ni mecanismos de protección.</li> <li>• Perciben la actividad como peligrosa.</li> <li>• Sufren malos tratos psicológicos, físicos y abuso sexual.</li> <li>• Graves problemas de violencia en el caso de las mujeres españolas que ejercen en la calle.</li> <li>• Necesidad de protección y atención en todos los casos de: violencia de género y de tráfico y explotación sexual.</li> <li>• Necesidad de conocer cómo prevenir riesgos asociados a la prostitución: uso de preservativo y prevención de I.T.S.; prevención de drogodependencias y abuso de ciertas sustancias; reducción de riesgos en caso de consumo.</li> </ul>

Tabla 119: Necesidades relacionadas con la Calidad de Vida y Salud de las mujeres que ejercen la prostitución. Tabla de elaboración propia.

## 8.10. Propuestas de intervención

Para dar respuesta las necesidades detectadas en el colectivo de mujeres que ejercen la prostitución se precisa la creación de Programas que mejoren la Calidad de Vida y la Salud. Estos programas pueden ser de dos tipos:

Generales, donde las mujeres que ejercen la prostitución son incluidas en los servicios generales para el resto de la población (Ballester, Perelló y Vecina, 2007; Belda et al., 2003; Emakunde, 2001, 2007; Fernández, 2004, 2007); la principal ventaja de este enfoque es lograr una mayor integración del colectivo, el cual se encuentra socialmente excluido; el mayor inconveniente es la desconfianza de las mujeres en situación irregular o las mujeres españolas que quieren preservar su intimidad (Pinedo, 2008).

Específicos (que atiendan las necesidades concretas de este colectivo). Los factores como la irregularidad de las mujeres inmigrantes, la ilegalidad de la actividad, la alta movilidad geográfica de las mujeres, el aislamiento en pisos y club, etc. dificultan la disponibilidad de información necesaria para acceder a los servicios sociosanitarios públicos; por este motivo la principal ventaja de los programas específicos es el acceso más directo, rápido y especializado al colectivo; el inconveniente de este tipo de programas es que podrían generar la segregación de estas personas (Pinedo, 2008). Estos programas específicos pueden estar dirigidos a diferentes sectores del colectivo o a diferentes situaciones dentro de la prostitución:

Programas específicos para las mujeres inmigrantes: Programas de acogida, mediación, traducción, acompañamiento, adaptación cultural.

Programas específicos para las mujeres que sufren o han sufrido explotación sexual y tráfico de personas a través de redes criminales organizadas.

Programas específicos relacionados con la salud: Atención psicológica. Atención sanitaria específica. Prevención y reducción de riesgos. Programas de salud en general.

Programas específicos de formación e inserción laboral: Talleres ocupacionales. Formación cualificada. Búsqueda y oferta de empleo. Formas de regular su situación. Alternativas para el abandono de la prostitución.

Lluís Ballester y Jaume Perelló (2008) proponen una intervención diferenciada que varía en función de las fases del ejercicio de la prostitución:

Medidas relacionadas con las causas y motivaciones de entrada a la prostitución, como son: incrementar el tanto por ciento del PIB destinado a cooperación para el desarrollo; focalizar la ayuda oficial a los grupos de riesgo, en situación de precariedad económica y falta de oportunidades, etc.

Medidas relacionadas con la permanencia en la prostitución, como son: desarrollo de programas socioeducativos para el desarrollo de las competencias personales y sociales; mejorar las condiciones de seguridad aumentando la implicación y cooperación policial; inspecciones sanitarias y laborales de los locales de prostitución, detectar casos y situaciones de maltrato y explotación; promover el asociacionismo entre las mujeres para defender sus derechos e intereses, para combatir el estigma, denunciar las agresiones, las coacciones, etc.

Medidas relacionadas con el abandono de la prostitución como son: el desarrollo de políticas de integración socio- laboral; ofrecer alternativas para las inmigrantes que se encuentran con la explotación laboral en los trabajos de Servicio Doméstico o la Hostelería.

Las políticas de intervención deberían promover diferentes medidas, en función de las necesidades y de las problemáticas ambientales de cada sector de la industria del sexo (Plumridge y Abel, 2000). Para abordar la diversidad es necesaria una intervención integral e interdisciplinar que combine el enfoque de los programas generales y específicos. A continuación presentamos una propuesta de intervención integral para la mejora de la Calidad de Vida de las mujeres que ejercen la prostitución (tabla 120)

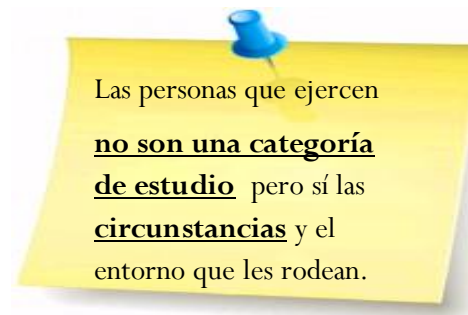
<b>Programa integral para mujeres que ejercen la prostitución</b>	
<b>Calidad de Vida y Salud Física</b>	<b>Calidad de Vida y Salud Psicológica</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Promoción de la atención sanitaria general y de la atención ginecológica y asistencia a las Unidades de I.T.S.</li> <li>● Prevención o tratamiento del consumo de sustancias. Reducción o abandono del consumo del tabaco.</li> <li>● Programa de reducción de daños derivados del ejercicio de la prostitución (información, formación sobre ITS, VIH-Sida, anticonceptivos, talleres prácticos sobre habilidades y estrategias para un uso consistente y eficaz del condón, etc.).</li> <li>● Programas de Salud que mejoren su calidad de sueño, sus hábitos de alimentación y su dedicación a actividades físicas.</li> <li>●</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Programas de acogida, Adaptación e integración en el país de acogida (estrés psicosocial).</li> <li>● Programas para prevenir o superar la ansiedad/Insomnio.</li> <li>● Programas para detectar o afrontar la violencia y/o explotación en todos los ámbitos.</li> <li>● Estrategias para el Afrontamiento del Estigma</li> <li>● Asesoramiento sobre la organización del tiempo y espacio de ocio y dedicación a la vida privada (familia, amistades, hijos, pareja)</li> <li>● Estrategias para separar la vida privada de la vida pública, y atenuar los efectos de la repercusión de la actividad en la vida sexual privada.</li> </ul>
<b>Calidad de Vida y Salud Social</b>	<b>Calidad de Vida y Salud Ambiental</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Favorecer el contacto con redes de apoyos sociales y familiares.</li> <li>● Atención social y jurídica: información sobre los servicios existentes, la legislación española y sus derechos.</li> <li>● Información sobre los recursos sociales y Asesoramiento para acceder a recursos sociales, legalizar su situación, reagrupamiento familiar, etc.</li> <li>● Conocer los mecanismos de retorno voluntario al país de origen y denuncia de redes.</li> <li>● Programas de orientación profesional: la búsqueda activa de empleo en el caso de optar por abandonar la prostitución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Asesoramiento sobre la legislación en materia de prostitución actualmente en España y Europa. Tramitación de denuncias</li> <li>● Detección, Atención y Derivación en todos los casos de: violencia de género y de tráfico y explotación sexual.</li> <li>● Habilidades y estrategias para aumentar la seguridad personal. Programas de defensa personal.</li> <li>● Programa para clientes: información, formación, asesoramiento, sensibilización, etc.</li> </ul>

*Tabla 120: Propuesta de un programa integral para mujeres que ejercen la prostitución*

# CAPÍTULO IX: CONCLUSIONES

## 9.1. Conclusiones finales

La generalización de algunos estereotipos y concepciones erróneas sobre este colectivo han interferido en las políticas de investigación, intervención y en el abordaje del fenómeno de la prostitución.



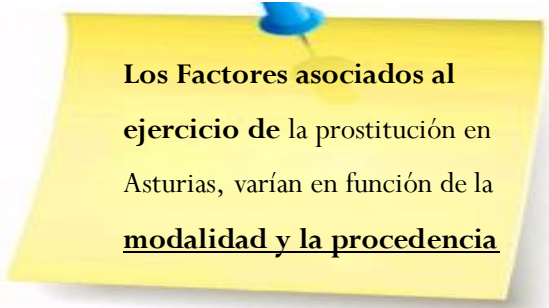
El objetivo número 1 de la presente Tesis Doctoral era “Describir el **perfil de las mujeres que ejercen la prostitución** en una Comunidad Autónoma concreta, en este caso Asturias, planteando las características específicas para cada modalidad de ejercicio (prostitución de calle, piso y club) y las características específicas en función de la procedencia de las mujeres. Las conclusiones que podemos extraer, a partir de las hipótesis planteadas para este objetivo son las siguientes:

- Son mujeres con una amplia gama de edades (de 18 a 53 años). No podemos seguir asociado prostitución con mujeres jóvenes ya que un tercio de la muestra tiene más de 35 años.
- Nuestra muestra de mujeres que ejercen la prostitución tienen hijos en mayor proporción que la población general (INE, 2009) y que la población joven de Asturias (Novo, 2005). La tasa de natalidad es más alta para el grupo de mujeres que ejercen la prostitución que la población general (INE, 2009) y que la población joven de Asturias (Novo, 2005). Tienen pareja estable en porcentajes similares a la población joven de Asturias (Novo, 2005).
- Las mujeres que ejercen en Asturias son mayoritariamente inmigrantes; realizan su proyecto migratorio por las escasas oportunidades en sus países de origen y por problemas económicos o políticos graves; proceden principalmente de América Latina, y de forma minoritaria de África y de Europa Oriental; deciden venir a nuestro país en busca de un nuevo proyecto de vida, reagrupar a sus familiares más cercanos y mejorar su Calidad de Vida.



- Para las mujeres inmigrantes la prostitución es una vía o estrategia dentro del proyecto migratorio.
- En Asturias, no siempre, se puede asociar prostitución con inmigración ilegal, y tráfico de mujeres y explotación sexual. Las formas de emigrar, las condiciones del viaje y el acceso a la prostitución son muy variadas; existen mujeres que deciden realizar una Emigración Autónoma y su acceso a la prostitución no siempre es directo; otras mujeres inmigrantes vienen a España a través de Redes Organizadas de diversa índole. En este caso, el acceso a la prostitución, siempre es directo.
- Son mujeres formadas a nivel académico por lo que no se puede asociar prostitución con niveles educativos o culturales bajos. El 60% de las mujeres que componen nuestra muestra tiene estudios equivalentes a Secundaria, Formación Profesional y Universitarios. Su nivel educativo es similar a una muestra de mujeres sin exclusión social (EDIS, 2004).
- Sin embargo su experiencia laboral no se relaciona de forma directa con su formación sino con trabajos mal retribuidos y relacionados con el Servicio Doméstico, la Hostelería o Comercio. El acceso al empleo no está exento de dificultades: suelen ser empleo a tiempo parcial o por horas, y en muchos casos, sin contratos o seguros lo que está muy lejos de sus expectativas y necesidades.
- El perfil socio- demográfico de las mujeres que ejercen en prostitución interior (piso y club) varía en función de la modalidad: Las mujeres que ejercen en piso están casadas y tienen pareja estable en mayor proporción que las mujeres que ejercen en club.
- El perfil socio- demográfico varían en función de la procedencia: dentro del grupo de las mujeres que ejercen en club, las más jóvenes son las europeas del Este y a su vez son las que tienen menos acceso a los servicios públicos frente a las latinas o las africanas. Sin embargo, el perfil socio- demográficas de las mujeres que ejercen en piso no varían en función de la procedencia; los resultados para latinas y para europeas occidentales (españolas y portuguesas) son similares.
- Entre las mujeres que ejercen en la calle (prostitución de exterior) existen dos perfiles bien diferenciados en nuestra muestra de estudio:
  - Las mujeres españolas tienen graves problemas sociales, familiares, económicos, de salud, de violencia, de exclusión social, baja formación académica, consumo de sustancias, tratamientos con metadona, etc. Sus necesidades son diferentes y por lo tanto requieren un tipo de respuesta más específica.

- ➔ Las mujeres inmigrantes (subsaharianas) tienen un perfil específico que difiere de forma significativa con respecto a las inmigrantes del resto de las modalidades. Son subsaharianas, mujeres jóvenes, con escasa formación, en situación irregular y posiblemente víctimas de redes de explotación social, con grandes deudas contraídas a través de la extorsión; con escaso acceso a los recursos socio- sanitarios por miedo y desconfianza, No están empadronadas y no tienen la tarjeta sanitaria.

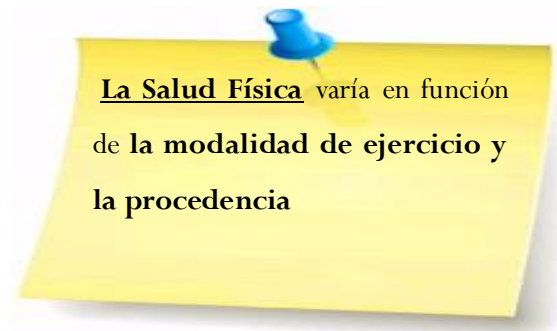


**Los Factores asociados al ejercicio de la prostitución en Asturias, varían en función de la modalidad y la procedencia**

El objetivo número 2 de la presente Tesis Doctoral era “Describir las **condiciones en las que se desarrolla la prostitución** y analizar las diferencias en cada modalidad de ejercicio y las diferencias en función de la procedencia de las mujeres”. Las conclusiones que podemos extraer a partir de los resultados de nuestra muestra de estudio son las siguientes:

- ➡ La mitad de las mujeres llevan ejerciendo la prostitución más de 3 y 5 años; llevan menos de un año el 27%, entre uno y tres años el 29%. En el caso de las inmigrantes, el tiempo que llevan ejerciendo la prostitución coincide con el tiempo que llevan en España; las inmigrantes no han ejercido en su país de origen; se inician en la prostitución en nuestro país.
- ➡ La mayoría de las mujeres que ejercen la prostitución en Asturias dedican a la actividad 6 días de la semana, durante 7 horas diarias; el precio medio de servicio sexual es de 40 euros, la media de cliente es de 2 al día. Las mujeres deben compartir (25%-40%) la tarifa con el dueño del local o la madame del piso; las mujeres de calle no comparten la ganancia con nadie. las ganancias mensuales oscilan ente los 600 euros (modalidad calle) y los 1.200 euros (piso y club).
- ➡ Sin embargo. las condiciones en las que se desarrolla la prostitución varían en función de la modalidad de ejercicio y la procedencia de las mujeres.
  - ➔ las mujeres que ejercen en la modalidad de piso dedican más tiempo (horas al día y días a la semana) al ejercicio de la prostitución que las mujeres que ejercen en club, especialmente las mujeres que están en pisos de 24 horas; las latinas son las que dedican más días al ejercicio frente a las españolas.

- ➔ Entre las mujeres que ejercen en club, existen diferencias en función de la procedencia: las mujeres del Este son las que obtienen las ganancias mensuales más altas y las africanas las más bajas.



El **objetivo número 3** de la presente investigación era “Analizar las variables relacionadas con diversos dominios de la **Salud Física** y analizar las diferencias en función de la modalidad de ejercicio y la procedencia de las mujeres”. Las hipótesis planteadas para este objetivo han sido confirmadas y podemos extraer las siguientes conclusiones:

- ➔ Las mujeres que componen nuestra muestra de estudio son mujeres sanas, sin enfermedades actuales ni pasadas; el índice ITS y de VIH es muy bajo gracias a los controles sanitarios que practican de forma periódica en las Unidades de ITS; el 80% valoran de forma positiva su salud.
- ➔ Sin embargo, presentan problemas de sueño; trastornos en la alimentación y dedicación escasa al ejercicio físico.
- ➔ Su actividad conlleva riesgos para su salud por el contacto continuo con clientes.
- ➔ En el entorno de la prostitución existe consumo de alcohol, tabaco y drogas pero se ha detectado que su consumo es muy bajo en las modalidades de piso y club; el consumo es semejante al que se da en la muestra de mujeres sin exclusión social (EDIS, 2004). Por lo tanto la Prostitución no está asociada al estereotipo “consumo de drogas o de alcohol”, excepto en perfiles muy concretos; las mujeres españolas que ejercen en la calle que presenta graves problemas de Salud Física, derivados del consumo de sustancias en el pasado y actualmente.
- ➔ La Salud Física varía en función de la modalidad de ejercicio. Las mujeres que ejercen en piso mantienen una alimentación más correcta y tienen un índice mayor de actividad física que las mujeres que ejercen en club.

- La Salud Física varía en función de la procedencia de las mujeres.
  - Entre las mujeres que ejercen en piso: las mujeres latinas son las menos fumadoras y son las que se mantienen más activas, y además, se ha hecho las pruebas o control de VIH más veces que las europeas occidentales (españolas o portuguesas).
  - Entre las mujeres que ejercen en club: si se compara el grupo de mujeres africanas con las latinas, se constata que las africanas tienen o han tenido en mayor proporción ITS. Si se compara las latinas con las europeas orientales, el grupo que obtiene un porcentaje mayor en la variable ITS son las mujeres de Europa Oriental; por otro lado, las mujeres de Europa Oriental tienen menos problemas de sueño que las latinas. Si se compara las africanas con las europeas orientales, el grupo de africanas tienen en mayor medida problemas de sueño.
- En nuestra muestra, las españolas que ejercen en la modalidad de calle, son las que presentan más problemas de Salud Física.

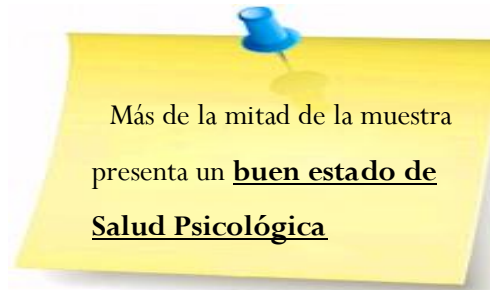


El **objetivo número 4** de la presente investigación era “Analizar las variables relacionadas con diversos dominios de la **Salud Sexual** y analizar las diferencias en función de la modalidad de ejercicio y la procedencia de las mujeres.” Las conclusiones que se extraen con respecto a las hipótesis planteadas para este objetivo son las siguientes:

- Las mujeres que componen nuestra muestra de estudio son mujeres con pareja estable en porcentajes similares a la población joven asturiana (Novo, 2005); en el caso de las inmigrantes, su pareja suele ser española; en algunos casos, se realizan casamientos ficticios para lograr la regularización en el país de acogida, en otros no.
- La Salud Sexual relacionada con el interés sexual, la capacidad de conseguir excitación, la capacidad de conseguir orgasmo y la satisfacción sexual global, no varían en función de la modalidad ni en función de la procedencia.
- La repercusión de la prostitución en la Salud Sexual privada no varía en función de la modalidad, pero si admitimos un nivel de significación mayor, podemos afirmar que las

mujeres que ejercen en la modalidad de piso les afecta en mayor medida, frente a las mujeres que ejercen en club.

- La repercusión de la prostitución en la Salud Sexual Privada varía en función de la procedencia: al grupo de mujeres de Europa Oriental que ejercen en club les afecta en menor medida que a las africanas y a las latinas. Si admitimos un nivel de significación mayor, podemos afirmar que entre el grupo de mujeres que ejercen en piso, las españolas son las que más acusan la repercusión de la actividad en su vida sexual privada.



El **Objetivo número 5** de la presente Tesis Doctoral era “Analizar las variables relacionadas con diversos dominios de la **Salud Psicología** y analizar las diferencias en función de la modalidad de ejercicio y la procedencia de las mujeres”. Las conclusiones que podemos extraer para nuestra muestra de estudio son las siguientes:

- La Salud Psicológica (puntuación total del GHQ-28) de las mujeres que ejercen la prostitución es positiva para el 57% de la muestra si establecemos un punto de corte de 5/6.
- La Salud Psicológica, puntuación total del GHQ.28, no varía en función de la modalidad ni en función de la procedencia.
- Las Subescalas o Dimensiones que componen la Salud Psicológica varían en función de la modalidad: las mujeres que ejercen en piso tienen más síntomas en la dimensión Depresión que las mujeres que ejercen en club.
- Las Subescalas o Dimensiones que componen la Salud Psicológica varían en función de la procedencia:
  - ➔ Entre las mujeres que ejercen en club, las latinas tienen más síntomas en la dimensión Ansiedad- Insomnio que las africanas.
  - ➔ Entre las mujeres que ejercen en club, las latinas y las africanas presentan más malestar en las Relaciones Sociales que las europeas orientales.
- El malestar psicológico puede estar relacionado con el estigma asociado a la prostitución (sentimiento de culpa, exclusión social, ocultamiento, doble identidad, las dificultades para

compaginar vida privada con la prostitución la violencia que puede rodear el entorno de la prostitución, , los peligros y temores percibidos en la actividad de la prostitución, la falta de control sobre las condiciones de la actividad ilegal y sin derechos reconocidos, etc. )

- El malestar psicológico de las mujeres inmigrantes puede estar relacionado con el estrés psicosocial inherente a la inmigración (la separación de la familia, adaptación a nueva cultura, adaptación a una nueva actividad que no había ejercido en su país de origen, acomodación y asimilación entre las altas expectativas y la situación real que hallan en el país de acogida;, etc.)
- Sin embargo, las mujeres de nuestra muestra que ejercen en la calle, en concreto las españolas, presentan graves problemas de Salud Psicológica ya que sus puntuaciones son muy superiores a la población normal y a las mujeres que ejercen en las modalidades de piso y club.

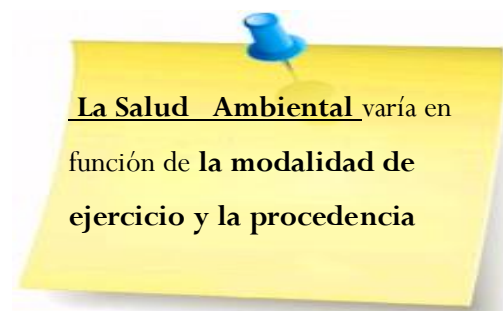


El Apoyo Social y el Apoyo Familiar (APGAR) es positivo para la mayoría de las mujeres que ejercen la prostitución

El **objetivo 6** de la presente Tesis Doctoral era “Analizar las variables relacionadas con diversos dominios de la **Salud Social** y analizar las diferencias en función de la modalidad de ejercicio y la procedencia de las mujeres”. Las conclusiones que podemos extraer a partir de los resultados de nuestra muestra de estudio son las siguientes:

- Son mujeres con cargas familiares importantes y la mayoría (el 70%) tiene hijos a su cargo; la media de hijos es de dos. Las mujeres inmigrantes intentan realizar la reagrupación de su familia.
- La mayoría de las mujeres (75%) que ejercen la prostitución en Asturias se sienten apoyadas por sus redes sociales, especialmente en los aspectos relacionados con la Comunicación y Confidencialidad
- La mayoría de las mujeres (63%) que ejercen la prostitución en Asturias se sienten apoyadas por sus redes familiares.

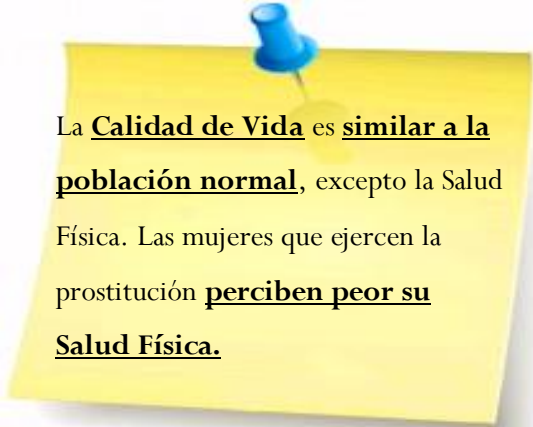
- Sin embargo, las mujeres perciben que tienen poco o tiempo para el ocio y las relaciones sociales. Los horarios de dedicación a la actividad no son compatibles con los horarios para las reuniones con amistades o familiares y para dedicar tiempo a sus hijos/as y a su pareja.
- Existen diferencias en el apoyo social y familiar en función de la modalidad: las mujeres que ejercen en club son las que perciben más apoyos frente a las que ejercen en pisos.
- Existen diferencias en el apoyo familiar: entre las mujeres que ejercen en club las africanas son las que presentan más disfunción familiar, frente a las latinas y las del Este.
- En nuestra muestra de mujeres que ejercen en la calle, en concreto las españolas, se detectan graves problemas socio-familiares.



El **objetivo número 7** de la presente investigación era “Analizar las variables relacionadas con diversos dominios de la **Salud Ambiental** y analizar las diferencias en función de la modalidad de ejercicio y la procedencia de las mujeres”. Las conclusiones que podemos extraer a partir de los resultados de nuestra muestra de estudio son las siguientes:

- Las mujeres que ejercen la prostitución definen la prostitución como una actividad peligrosa; sus miedos y temores más frecuentes se relacionan con el contagio de enfermedades de transmisión sexual y las agresiones del cliente.
- La percepción del peligro no varía en función de la modalidad. Sin embargo, hay diferencias en función de la procedencia: las mujeres latinas que ejercen en piso consideran, en mayor proporción, la prostitución como una actividad peligrosa, frente a las europeas occidentales (españolas y portuguesas).
- Existen diferencias en cuanto al tipo de temores en función de la procedencia. Las mujeres latinas que ejercen en piso tienen miedo a sufrir agresiones por parte de los clientes que están bajo el efecto de las drogas, en mayor proporción que las españolas.
- Entre las mujeres que ejercen en club, las africanas son las que más miedo tienen al contagio del VIH, frente al grupo de las latinas y las del Este.

- Las mujeres que ejercen la prostitución sufren más violencia que las mujeres de la población general (Instituto de la Mujer, 2006) y que otros grupos de exclusión social (EDIS, 2004).
- En nuestra muestra de mujeres que ejercen la prostitución, más de un 20% sufre maltrato psicológico por parte de clientes y jefes y un 7,5% sufren o han sufrido maltrato físico por parte de clientes y jefes.
- Fuera del entorno de la prostitución, el 5,2% de nuestra muestra sufren o han sufrido maltrato físico por parte de sus parejas. El índice de violencia es superior que en la población normal.
- El maltrato psicológico varía en función de la procedencia: las mujeres africanas que ejercen en club son las que más sufren este tipo de violencia.
- El haber sufrido abuso o violación no varía en función de la modalidad de ejercicio, pero sí varía en función de la procedencia: Las mujeres que más han sufrido abusos sexuales son las mujeres del Este que ejercen en club.
- En nuestra muestra, las mujeres que ejercen en la calle, presentan graves problemas de violencia y malos tratos físicos y psicológicos.



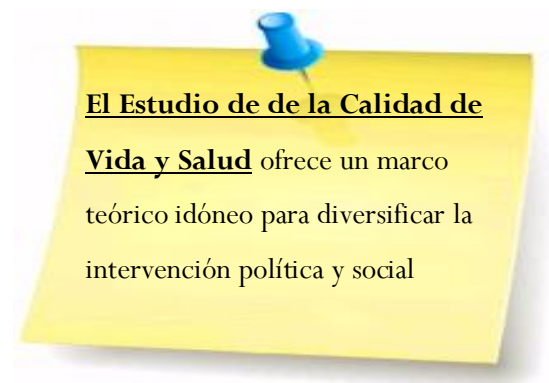
La **Calidad de Vida** es **similar a la población normal**, excepto la Salud Física. Las mujeres que ejercen la prostitución **perciben peor su Salud Física**.

El **objetivo 8** de la presente Tesis Doctoral era “Analizar la **Calidad de Vida** de las mujeres que ejercen prostitución y si existen diferencias en función de la modalidad de ejercicio y la procedencia de las mujeres”. Las conclusiones son las siguientes:

- Nuestra muestra de mujeres que ejercen la prostitución perciben su Calidad de Vida en todos sus dominios de forma similar que la población normal (Lucas, 1996; Skevington et al., 2004) excepto en la Salud Física. Las mujeres de nuestra muestra perciben peor su Salud Física que la población normal.
- Las mujeres de nuestra muestra procedentes de Brasil y España, manifiestan tener peor Salud Psicológica que la muestra de su país (Skevington et al., 2004), pero mejor o igual Salud Social y Ambiental.



- Los dominios de la Calidad de Vida no varían en función de la edad de las mujeres de nuestra muestra, excepto la Salud Física; las mujeres de más de 31 años son las que disfrutan de mayor Salud Física.
- Los dominios de la Calidad de Vida no varían en función de la modalidad y la procedencia de las mujeres que ejercen en piso y club, excepto la Salud Física; las mujeres africanas que ejercen en club perciben peor su Salud Física que las mujeres del Este (con una probabilidad de los datos inferior al 10%).
- Nuestra muestra de mujeres que ejercen la prostitución de calle, en concreto las españolas, tienen peor Calidad de Vida que las mujeres que ejercen en la modalidad de piso y calle.



- La intervención con el colectivo de mujeres que ejercen la prostitución debe estar en función de las necesidades y de las **problemáticas ambientales** de cada sector de la industria del sexo.
- **Conocer la diversidad del colectivo** conlleva implícito ajustar la respuesta a las necesidades relacionadas con la Calidad de Vida y Salud.

## **9.2. Limitaciones del estudio**

Los estudios sobre prostitución no están exentos de dificultades metodológicas; las dificultades se relacionan principalmente con el acceso al colectivo, el estigma que acompaña al fenómeno y la variabilidad de situaciones y perfiles (Agustín, 2001; Medeiros, 2000; Pheterson, 1990; Sanders, 2006; Shaver, 2005; Vanwesenbeeck, 2001; Weitzer, 2005). A continuación presentamos los problemas metodológicos que se nos han planteado en este estudio y que en parte, limitan la generalización de los resultados.

1. En primer lugar, existe muy poca bibliografía sobre el tema, en especial, sobre Calidad de Vida y prostitución. Las investigaciones acerca de la prostitución se han realizado desde diferentes ámbitos científicos como la Psicología, el Trabajo Social, la Antropología, la Sociología y la Medicina en general; sin embargo, la mayor proliferación de estudios ha surgido desde la Salud Pública y las Ciencias Sociales donde la prostitución fue entendida como una problemática que afectaba al entramado social. Se hallan pocos estudios contextualizados sobre el bienestar y la Salud y Calidad de Vida, las variables psicosociales asociadas al ejercicio de la prostitución, (Fernández, 2004) las condiciones laborales, su Salud, sus demandas y necesidades, el estigma y las formas de su afrontamiento, etc. (Agustín, 2001; Medeiros, 2000; Pinedo, 2008; Vanwesenbeeck, 2001). Esta escasez de estudios dificulta la comparación de datos entre investigaciones diferentes.

2. El acceso a la muestra objeto de estudio plantea diversas dificultades. Las personas que ejercen la prostitución son un grupo de población de difícil acceso, debido fundamentalmente a la clandestinidad en que se realiza esta actividad y al estigma y los prejuicios que tiene asociado (Fernández, 2004; Medeiros, 2000; Pinedo, 2008). Las mujeres que ejercen la prostitución sienten miedo o desconfían a la hora de ofrecer datos sobre su identidad (especialmente las españolas) o miedo a que se conozca su situación ilegal y sean deportadas a su país de origen (Pinedo, 2008). Esta situación provoca que las mujeres puedan omitir respuestas, mentir sobre ciertos aspectos de su vida o responder de la forma que piensan que es la más adecuada o correcta (deseabilidad social). Para superar estas limitaciones hemos tenido contactos reiterados con las mujeres que conforman la muestra; de esta forma hemos ido ganando su confianza para evitar respuestas sesgadas o los efectos de la deseabilidad social.

3. Otro factor que dificulta la accesibilidad es la gran movilidad que se da en este colectivo, tanto dentro como fuera de la actividad (Brussa, 2004; Fernández, 2004; Pinedo, 2008). Suelen cambiar con frecuencia de local (hasta una vez al mes cuando realizan la actividad en régimen de plaza), de ciudad e incluso de país para trabajar. Este fenómeno hace difícil el seguimiento de la muestra o la repetición de pruebas en el caso de dudas.

4. La representatividad muestral y la asunción de homogeneidad está enormemente limitada por los siguientes factores:

- Se accede a la muestra a través del contacto establecido por las ONG que desarrollan los programas de Acercamiento, por lo tanto sólo se accede a un tipo de mujeres que ejercen la prostitución, aquellas que reciben atención específica. Sabemos que las ONG sólo acuden a unos locales o pisos determinados, pero no a todos los que existen en Asturias.
- Aunque se pretenda una selección aleatoria, la muestra es parcialmente representativa, ya que sólo obtenemos datos de aquellas mujeres que se prestan a hacer la entrevista de forma voluntaria, que se sienten libres para contestar y que no están coaccionadas por terceros; por lo tanto quedan excluidas aquellas mujeres que sufren actualmente “explotación sexual” o son víctimas de tráfico.
- Las diferencias lingüísticas y culturales también son una importante barrera de acceso a la hora de llevar a cabo un estudio con un colectivo mayoritariamente inmigrante. En nuestro caso, fueron excluidas todas las mujeres que no dominan mínimamente el castellano.
- Por último, dentro del grupo de las mujeres inmigrantes se constatan amplias variaciones culturales que pueden influir en sus conductas y su percepción de la Salud y la Calidad de Vida. La generalización de los datos en este aspecto debe ser tomada con cautela.

5. Otra de las dificultades metodológicas para este tipo de estudios es constituir un grupo de control equiparado en todas sus características excepto en el ejercicio de la prostitución; por este motivo hemos utilizado los baremos poblacionales que el autor de cada escala proporciona para tener un punto de referencia o estándar; sin embargo, debemos tomar con cautela estas comparaciones porque puede no ser un criterio adecuado.

6. Debido al tamaño muestral de cada una de las modalidades, no hemos podido realizar el análisis comparativo entre las tres modalidades seleccionadas (calle, piso y club). La modalidad de calle es una muestra demasiado pequeña y compuesta por dos nacionalidades muy específicas; por un

lado, las españolas (con graves problemas de salud y de exclusión social) y por otro lado, un número muy reducido de inmigrantes subsaharianas (con problemas con el idioma para contestar a los cuestionarios, en situación irregular lo que provocaba desconfianza y miedos, con muchas omisiones sobre su viaje migratorio, con escasa integración social con una cultura y religión muy alejadas de la occidental y de la latinoamericana, etc.). Por este motivo hemos tenido que realizar un análisis por separado de la modalidad de calle y hacer comparaciones entre las modalidades de piso y club.

### **9.3. Propuestas de investigaciones futuras**

A pesar de que se ha avanzado en el conocimiento de la realidad de las personas que ejercen la prostitución, en los estudios actuales sobre prostitución existen ciertos lastres que es necesario desechar. A continuación presentamos brevemente los aspectos que pueden ser mejorados.

1. Parte de la bibliografía existente sobre el fenómeno de la prostitución ayuda a mantener los prejuicios y el estigma que recae sobre este colectivo, en vez de ayudar a combatirlo (Agustín, 2001; Perkins, 1991; Vanwesenbeeck, 2001; Weitzer, 2005). Como afirma Pheterson (1990) *“la investigación científica social está infectada con prejuicios contra las mujeres etiquetadas como prostitutas. Incluso la categoría ‘prostituta’ está basada más sobre representaciones sociales y legales sobre una mujer mala o puta que sobre un conjunto de características actuales dentro de una población de personas”* (p.397). Son necesarias investigaciones sobre prostitución que partan de un marco sociopolítico actualizado, como el de la “Migración” o el de “La mujer Inmigrante” (Agustín, 2000) y no de variables estigmatizadoras como “La prostitución y el VIH-ITS” o “La Prostitución y las Redes de Tráfico y Explotación Sexual”.

2. Los posicionamientos políticos o las corrientes ideológicas determinan las finalidades del estudio o determinan sus resultados restando objetividad e imparcialidad a los estudios científicos. Según Weitzer (2005), *“... un gran número de escritos cuasiteóricos y polémicos realizan reivindicaciones sobre la naturaleza y las consecuencias de la prostitución y otros tipos de trabajos sexuales. La mayor parte de este trabajo ideológico ha estado motivado por una obvia política antiprostitución”* (p.211). Así se llega a conclusiones erróneas a partir de las cuales se toman medidas que afectarán a todas las prostitutas en general y *“aunque la imagen de la prostituta como desviación patológica parece haber desaparecido gradualmente, la imagen de la prostituta como una víctima sigue aún prevaleciendo”* (Vanwesenbeeck, 2001, p.276). Se necesitan más estudios científicos, que no estén mediatizados por ideas previas estigmatizadoras o victimistas de las personas que ejercen (Fernández, 2004).

3. Muchos estudios sobre prostitución pueden ser criticados por sus aspectos metodológicos “*algunos autores fallan al describir cómo y dónde contactaron con los sujetos de investigación. Otros fallan en la inclusión de grupos de control, etc.*” (Weitzer, 2005, p.937). Para Gail Pheterson (1990) “*los artículos científicos por lo general hacen inferencias sobre “La prostituta” o sobre las prostitutas en general desde muestras que no son representativas y que tienen poco en común o nada con la población real*” (p.398). En los estudios sobre prostitución hay una presencia excesiva de las personas que la ejercen en la calle, que presentan problemas de adicciones, problemas legales, etc. y se presta poca atención a otros sectores de la industria sexual como la prostitución ejercida en club, pisos, en agencias, prostitución de lujo, líneas telefónicas, etc. y la ejercida por hombres y transexuales (Agustín, 2001; Vanwesenbeeck, 2001). Los estudios deberían conseguir la mayor representatividad muestral para superar así las asunciones erróneas de homogeneidad adoptadas por muchos autores. La clave está en diseños de investigación que expresen comparaciones estratégicas y que ayuden a comprender las características definitorias de cada grupo (Pinedo, 2008). Por otro lado, Marín (2001) sugiere nuevos métodos de investigación sociológica, como el análisis de la cotidianidad, con el fin de lograr examinar las múltiples coordenadas del fenómeno, tales como: su vida diaria, su diversidad, sus tendencias o trayectorias, las diferentes estrategias de supervivencia, etc.

4. Se hallan pocos estudios contextualizados sobre el bienestar y la Salud y Calidad de Vida, las variables psicosociales asociadas al ejercicio de la prostitución, etc. (Fernández, 2004) las condiciones labores, su Salud, sus demandas y necesidades, el estigma y las formas de su afrontamiento, etc. (Agustín, 2001; Medeiros, 2000; Pinedo, 2008; Vanwesenbeeck, 2001).

5. Multitud de estudios de investigación, supuestamente científicos, se han basado en los prejuicios que rodean a este colectivo, centrándose en evaluar únicamente aspectos negativos (VIH, drogas, violencia, etc.) y estigmatizantes (Pheterson, 1990; Vanwesenbeeck, 2001). Estos aspectos son reflejados en otros ámbitos como los medios de comunicación (prensa, televisión, etc.); el pánico social (Marín, 2001) asociado a las personas que ejercen es recurrente y suelen ser utilizados indiscriminadamente con fines preventivos a lo largo de la historia (Ferrús y Heras, 2008; Juliano, 2004).

En conclusión, en la actualidad se debería abogar por estudios más globales, donde se analicen todas las variables que rodean la vida de las personas que ejercen, como la Calidad de Vida y la Salud, el bienestar social y personal, la Salud psicológica y física; los factores de riesgo, las consecuencias derivadas del ejercicio o las condiciones en las que se desarrolla la actividad; debería contemplarse desde una perspectiva de género amplia y no desde los posicionamientos feministas,

ideológicos o legislativos radicales y estigmatizantes. Por otro lado, las conclusiones de cualquier estudio sólo deberían ser válidas para la muestra seleccionada, teniendo en cuenta el contexto: (mundo occidental o no); la política del país con respecto a la prostitución; su situación en el país (irregular o no); su procedencia (cultura, religión); el tipo de trabajo (calle, club, piso); si son hombres, mujeres o transexuales; si tienen otros factores de vulnerabilidad asociados (previamente o no) como el consumo de drogas, seropositividad; si tienen pareja y redes de apoyo social o no; sus motivaciones y expectativas; las actitudes y conductas hacia el uso de preservativo; sus condiciones económicas, etc. Las personas que ejercen no son un colectivo o categoría de estudio pero sí lo son las circunstancias y el entorno que les rodean (Fernández, 2004).

A partir de la discusión y las conclusiones de esta tesis doctoral se nos plantean algunas propuestas de investigaciones futuras; a continuación las presentamos en la tabla 121.

<b>Propuestas de investigaciones futuras</b>
Estudio sobre la Calidad de Vida y la Salud de las mujeres que ejercen la prostitución utilizando una <b>medida objetiva de Calidad de Vida junto con la subjetiva</b> para analizar cuales son sus condiciones objetivas de salud. Los indicadores de Calidad de Vida están influidos por la cultura y en este tipo de estudios existe una representación cultural variada.
Estudio sobre los <b>predictores</b> que determinan la Calidad de Vida y la Salud de las mujeres que ejercen la prostitución.
Estudio de la Calidad de Vida y la Salud con mujeres inmigrantes que no ejercen la prostitución. Análisis <b>comparativo entre inmigrantes</b> que ejercen prostitución e inmigrantes que realizan otras actividades económicas con el objetivo de analizar el peso específico de las variables relacionadas exclusivamente con la prostitución.
Estudio de la influencia que tiene el <b>tiempo ejerciendo la prostitución sobre la Salud y la Calidad de Vida</b> de las personas que ejercen la prostitución. Es probable que a mayor tiempo ejerciendo la prostitución determinados aspectos relacionados con la Calidad de Vida y la Salud física, social, psicológica o ambiental empeoren.
Estudio de la influencia que tiene el <b>espacio de tiempo en España en</b> el caso de las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución sobre la Salud y Calidad de Vida. Es probable que a mayor tiempo en España determinados aspectos relacionados con la salud física, social, psicológica o ambiental se asemejen a las puntuaciones obtenidas por las mujeres españolas que ejercen la prostitución.
Analizar qué factores explican los niveles de <b>Salud general</b> medida a través del <b>GHQ-28</b> que presenta nuestra muestra. Analizar si se trata de factores relacionados con el ejercicio de la prostitución y las situaciones a las que se tienen que enfrentar durante el ejercicio de la misma, o si se relaciona con los sucesos vitales.
Estudio de la influencia que tiene el <b>convivir con la familia o tener familia en España</b> en el caso de las mujeres inmigrantes que ejercen. Es probable que sus puntuaciones se asemejen a las obtenidas por las mujeres españolas que ejercen la prostitución en el APGAR familiar y en el cuestionario de apoyo social percibido DUKE-UNC.
Estudio en profundidad de la <b>Sexualidad</b> de las personas que ejercen la prostitución. Análisis de las causas de las disfunciones sexuales, el placer sexual, la repercusión de la prostitución en su vida privada, etc. Análisis comparativo con otras personas que no ejercen la prostitución.

<p><b>Estudio longitudinal</b> de una muestra de mujeres para analizar los cauces de inserción socio-laboral o la permanencia en la prostitución.</p>
<p>Ampliación del estudio de Calidad de Vida y Salud a otras personas que ejercen la prostitución: <b>hombres, transexuales y travestis</b>. Dado que son un colectivo desconocido y al que se le dedican pocos programas de intervención es necesario el estudio de su estilo de vida y analizar qué características diferenciales presentan con el colectivo de mujeres que ejercen la prostitución.</p>
<p>Ampliación del estudio de Calidad de Vida y Salud a otras personas que <b>trabajan en la Industria del Sexo</b>. Dado que son un colectivo que pasa inadvertido y está más invisibilizado consideramos que el peso del estigma es menor; es necesario el estudio de su Calidad de Vida y analizar qué características diferenciales presentan con el colectivo de mujeres que ejercen la prostitución.</p>
<p>Estudio del <b>cliente</b>. Estudio en profundidad de sus perfiles y sus características, sus motivaciones y sus necesidades; su baja percepción de riesgo.</p>

*Tabla 121: Propuestas de investigaciones futuras*

#### **9.4. Resumen de las conclusiones del Estudio**

Para concluir este apartado ofrecemos un resumen de los resultados y conclusiones más relevantes de la presente investigación (tabla 122).



Calidad de Vida y Salud de las mujeres que ejercen la prostitución

Análisis de la Diversidad	PISO	CLUB	CALLE
	Latinas / europeas occidentales	Latinas/ Africanas/ Europeas orientales	Españolas y subsaharianas
<b>Perfil socio-demográfico</b>	Tienen más hijos que la población general (INE, 2007); están casadas o tienen parejas en la misma proporción que la población general (Novo, 2005). Su formación académica es similar a la población general (EDIS, 2004).		
<b>En función de modalidad</b>	Están casadas y tiene pareja estable en mayor proporción que las mujeres que ejercen en club.		La formación académica es más baja que en las otras modalidades, Su experiencia laboral es el Servicio Doméstico (inmigrantes) o el cobro de subsidios (españolas). Las inmigrantes están irregulares.
<b>En función de procedencia</b>		Varía la edad, el estar empadronada y tener tarjeta sanitaria; las más jóvenes son las europeas del Este y son las que tienen menos acceso a los servicios públicos.	
<b>Condiciones del ejercicio</b>			
<b>modalidad</b>	Dedican más tiempo (horas al día y días a la semana) al ejercicio de la prostitución que las mujeres que ejercen en club.		A pesar de dedicar menos horas al día, el número de clientes es muy similar que en las otras modalidades.
<b>procedencia</b>	Las mujeres latinas dedican más días que las españolas	Las mujeres del Este son las que tienen un mayor número de servicios sexuales al día, los precios de cada servicio son más caros y sus ganancias mensuales son más altas. Las mujeres africanas son las que obtienen una menor ganancia mensual, tienen un menor número de clientes o servicios al día y los precios son más bajos.	La ganancia mensual, y el precio del servicio es más bajo que en el piso o en el club... En esta modalidad las ganancias en cada servicio no se comparten con nadie.
<b>Salud Física</b>	Los consumos de alcohol y drogas son semejantes al consumo que se da en la población general (EDIS, 2004) y más bajos que en la población joven asturiana (Novo, 2005).		
<b>modalidad</b>	Las mujeres que ejercen en piso mantienen una alimentación más correcta y tienen un índice mayor de actividad física que las mujeres que ejercen en club.		La mayoría de las españolas tienen problemas graves de salud, relacionados con su estilo de vida y su consumo actual o en el pasado de sustancias. Actualmente están con metadona. Las inmigrantes tienen estilos de vida más saludables y no consumen o no han consumido drogas.
<b>procedencia</b>	Entre las latinas hay un menor número de mujeres fumadoras. Las mujeres que se mantienen más activas son las latinas Las latinas se han hecho las pruebas o control de VIH en mayor proporción.	Las africanas tienen o han tenido en mayor proporción ITS frente a las latinas. Las del Eje más ITS que las latinas Las del Este tienen menos problemas de sueño que las latinas. Las africanas tienen en mayor medida problemas de sueño que las del Este.	

<b>Salud Sexual MGH</b>	El Interés sexual, capacidad de conseguir excitación, orgasmo y satisfacción sexual global es funcional para el 70% de las mujeres que ejercen en piso y en club.		<b>Españolas</b>
<b>modalidad</b>	No varían en función de la modalidad		La Salud Sexual disfuncional para el 50% de la muestra.
<b>procedencia</b>	No varían en función de la procedencia		
<b>Vida Sexual Privada</b>	A la mitad de la muestra (50,88%) de mujeres que ejercen en piso y club, la prostitución no les afecta a su vida sexual privada.		
<b>modalidad</b>	Si admitimos un nivel de significación más alto, afecta a un mayor número de mujeres que ejercen en piso (66%) frente a las mujeres que ejercen en club (35,7%).		Para la mayoría, la prostitución afecta a su vida sexual privada y de forma más acentuada que al resto de la muestra,
<b>procedencia</b>	Si admitimos un nivel de significación más alto, a las mujeres europeas occidentales (73,7%) les afecta en mayor medida que las mujeres latinas (58,3%).	A las de Europa Oriental les afecta en menor medida (11,1%) que a las africanas (50%) y a las latinas (46,2%).	
<b>Salud Psicológica GHQ-28</b>	El 57% de la muestra no presenta malestar psicológico para un punto de corte 5/6. La media para las mujeres que ejercen en piso es de 7,28 y para las de club, 6,05.		<b>Españolas</b>
<b>a modalidad de procedencia</b>	Las puntuaciones totales del GHQ-28 son similares		Puntúan más del doble en el GHQ 28 (15,60) que en el resto de modalidades.
<b>Sub-escalas de GHQ-28</b>			
<b>modalidad</b>	Depresión: las mujeres que ejercen en piso tienen más síntomas que las mujeres que ejercen en club.		
<b>procedencia</b>		Ansiedad- Insomnio: las latinas tienen más síntomas que las mujeres africanas. Relaciones Sociales: las mujeres latinas y las africanas tienen más síntomas que las europeas orientales	
<b>Apoyo Social DUKE- UNC</b>	Para el 74% de la muestra el apoyo social es funcional. Las puntuaciones medias son similares a una muestra de mujeres de la población general (Martín, 2005).		<b>Españolas</b>
<b>modalidad</b>	Las mujeres que ejercen en piso obtienen puntuaciones más bajas que las mujeres que ejercen en club.		Para la mitad de la muestra el apoyo social es disfuncional.
<b>En procedencia</b>	No varía en función de la procedencia de las mujeres.		
<b>APAGAR familiar</b>	Para el 63% de la muestra el apoyo familiar es funcional. El 20,2% presenta un apoyo familiar disfuncional leve y el 16,7% disfuncional grave. Las puntuaciones medias son similares a una muestra de mujeres de la población general (Martín, 2005).		<b>Españolas</b>
<b>modalidad</b>	Las mujeres que ejercen en piso obtienen puntuaciones más bajas que las mujeres que ejercen en club.		Para la mayoría de la muestra el apoyo familiar es disfuncional grave

Calidad de Vida y Salud de las mujeres que ejercen la prostitución

<b>procedencia</b>		Las mujeres latinas son las que obtienen puntuaciones más altas que las africanas y las mujeres del Este; Las mujeres africanas son las que obtienen puntuaciones más bajas que las latinas y las mujeres del Este.	
<b>Salud Ambiental</b>			<b>Españolas y Subsaharianas</b>
<b>modalidad</b>	La mayoría de las mujeres que ejercen la prostitución consideran que la actividad es peligrosa; no hay diferencias en función de la modalidad.		La mayoría consideran la actividad como peligrosa.
<b>procedencia</b>	Las latinas consideran, en mayor proporción, la prostitución como una actividad peligrosa,		
<b>Tipo de temores</b>			
<b>modalidad</b>	Las mujeres que ejercen en piso tienen más miedo al contagio del VIH que las mujeres que ejercen en club.		
<b>procedencia</b>	Las latinas que ejercen en piso tienen más miedo a los clientes bajo el efecto de las drogas que las españolas.	Las mujeres africanas que ejercen en club son las que más miedo tienen al contagio del VIH frente a las latinas y las del Este. Las mujeres africanas son las que más manifiestan “otros temores”.	
<b>Violencia</b>	Las mujeres que ejercen la prostitución sufren en mayor medida violencia que las mujeres de la población general (Instituto de la Mujer, 2006) y frente a otros grupos de exclusión social (EDIS, 2004).		<b>Españolas y Subsaharianas</b>
<b>modalidad</b>	El Maltrato Físico, Psicológico y la Violencia Sexual no varía en función de la modalidad		Han sufrido abusos o violaciones el 25% de las mujeres.
<b>procedencia</b>		Las mujeres que más sufren maltrato psicológico son las africanas frente a las latinas y las mujeres del Este. Las mujeres que más han sufrido abusos sexuales son las mujeres del Este.	
<b>Calidad de Vida WOQOL- BREF</b>	La Calidad de Vida de las mujeres que ejerce la prostitución es similar la Calidad de Vida de la población normal excepto en la Salud Física (Lucas, 1996; Skevington et al., 2004). Las mujeres que ejercen la prostitución perciben peor su Salud Física que la población normal.		<b>Españolas</b>
<b>modalidad</b>	La Calidad de Vida no varía en función de la modalidad de ejercicio.		Presentan puntuaciones ligeramente más bajas (2-5 puntos) que la muestra de piso y club. Si las comparamos con las españolas que ejercen en piso, las puntuaciones son más bajas (3-4 puntos).
<b>procedencia</b>	La Calidad de Vida no varía en función de la procedencia de las mujeres. Con una probabilidad de los datos inferior al 10%, se halla que mujeres africanas que ejercen en club perciben peor su Salud Física que las mujeres del Este.		

Tabla 1 22: Análisis de de la Diversidad del colectivo de mujeres que ejercen la prostitución

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acién, E. y Majuelos, F. (2003). *De la exclusión al estigma*. Almería: Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía.
- Agredano, A. (2007). Aprender a ver la realidad de la trata de mujeres desde una perspectiva de los derechos humanos. En L. Ballester y C. Orte (Eds.), *Prostitución: comercio de personas sin fronteras*. [CD-ROM]. Palma de Mallorca: Universidad de Islas Baleares.
- Agustín, L.M. (2000). Trabajar en la industria del sexo. *OFRIM Suplemento*, 6, 155-172.
- Agustín, L.M. (2001) Mujeres migrantes ocupadas en servicios sexuales. En Colectivo Ioé (Ed.), *Mujer, inmigración y trabajo*. (pp. 647-716). Madrid: IMSERSO.
- Alcaide, R. (2000). Edición y estudio introductorio de la obra de Sereñana y Partagás, Prudencio. La prostitución en la ciudad de Barcelona estudiada como enfermedad social y considerada como origen de otras enfermedades dinámicas, orgánicas y morales de la población barcelonesa. *Colección Geo-Crítica. Textos electrónicos*, 2. Recuperado de [www.ub.es/geocrit/pspestin.htm](http://www.ub.es/geocrit/pspestin.htm)
- Alcaide, R. (2004). La reglamentación de la prostitución en la Barcelona de la Restauración (1870-1890) Hispania. *Revista Española de Historia*, 64(218), 897-922.
- Alecrín (2006). *Informe prostitución en Lugo*. Lugo: Concellería de Muller e Servizos Sociais.
- Alonso, F. J. (2001). *Aproximación a la realidad de la prostitución femenina en la provincia de Salamanca*. Excmo. Ayuntamiento de Salamanca y Excma. Diputación Provincial de Salamanca.
- Alonso, J. (2000). La medición de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*, 14, 168-74.
- American Psychological Association. (2009). *Publication manual of the American Psychological Association*. (6th ed.) Washington, DC: American Psychological Association.
- APRAMP (1997). *Situación de la prostitución en Valladolid*. Valladolid: Excmo. Ayuntamiento de Valladolid. Manuscrito no publicado.
- APRAMP (2005). *La Prostitución: claves básicas para reflexionar sobre un problema*. Madrid: APRAMP/Fundación Mujeres.

- Arnold, S.B. (1991). Measurement of quality of life in the frail elderly. En J.E. Birren, J.E. Lubben, J.C. Rowe y D.E. Deutchman (Eds.), *Quality of life in the frail elderly*. (pp. 50-73). San Diego, California: Academic Press, INC.
- Arostegui, I. (1998). *Evaluación de la Calidad de Vida en personas adultas con retraso mental en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. (Tesis Doctoral inédita). País Vasco: ICE de la Universidad de Deusto.
- ASE-PSIKÉ (1998). *Estudio sobre la prostitución femenina en Castilla y León*. Junta de Castilla y León: Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Azize, Y. (2004). Empujar las fronteras: mujeres y migración internacional desde América Latina y el Caribe. En R. Osborne (Ed.), *Trabajador@s del sexo. Derechos, migraciones y tráfico en el siglo XXI*. (pp.167-80). Barcelona: Bellaterra.
- Baca-Baldomero, E. (1991). Indicadores de efectividad en la evaluación de servicios psiquiátricos. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 37, 93-101.
- Badía, X. (1995). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos. En J. Sacristán, J. Badía y J. Rovira (Eds.), *Farmacoeconomía evaluación económica de medicamentos*. (pp. 51-76). Madrid: Editores Médicos.
- Baker, L.M., Case, P. y Policicchio, D.L. (2003). General health problems of inner-city sex workers: a pilot study. *Journal of the Medical Library Association*, 91(1), 67-71.
- Baker, L.M., Wilson, F.L. y Winebarger, A.M. (2004). An exploratory study of the health problems, stigmatization, life satisfaction, and literacy skills of urban, street-level sex workers. *Women & Health*, 39(2), 83-96.
- Balbuena, P. (2003). Feminización de las migraciones: del espacio reproductivo nacional a lo reproductivo internacional. *Revista Aportes Andinos*, 7.
- Baltazar, M.C., Rivera, L., Cruz, A. y Hernández, C. A. (2005). Prevalencia de infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo concomitantes en sexo servidoras de Cautla, Morelos. *Ginecología y obstetricia de México*, 73, 36-47.
- Ballester L. (2000). *Las necesidades sociales*. Madrid: Síntesis.
- Ballester, L. y Orte, C. (2007). *Prostitución: Comercio de personas sin fronteras* (1º ed.). [CD-ROM].
- Ballester, L. Orte, C. y Perelló, J. (2003). Programa de apoyo socioeducativo para mujeres jóvenes dedicadas a la prostitución. *Educació i Cultura*, 16, 103-112.
- Ballester, L., Orte, C., Perelló, J. y Jordá, M. M. (2003). Estudi sobre la prostitució femenina a Mallorca. En AAVV (Eds.), *La prostitució femenina a les Balears. Aproximació sociològica, enfocaments i perspectives*. (103-155). Palma de Mallorca: Lleonard Muntaner.

- Ballester, Ll. y Perelló, J. (2008). Construcción política de la prostitución. Análisis y propuestas en una perspectiva internacional. *II Congreso Virtual Prostitución: regularización de la prostitución y Derechos Humanos*, 1-18 de febrero, Universidad de Islas Baleares, (paper). Recuperado de [http://www.gadeso.org/sesiones/gadeso/web/14\\_paginas\\_opinion/ca\\_10000255.pdf](http://www.gadeso.org/sesiones/gadeso/web/14_paginas_opinion/ca_10000255.pdf)
- Ballester, L., Perelló, J. y Vecina, C. (2007). Bases para un programa de autonomía personal y social de trabajadoras del sexo en situaciones de riesgo. En L. Ballester y C. Orte (Eds.) *Prostitución: comercio de personas sin fronteras*. [CD-ROM]. Palma de Mallorca: Universidad de Islas Baleares.
- Barahona, M. J. (2001). *Tipología de la prostitución femenina en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Dirección General de la Mujer.
- Barnard, M. (1992). Working in the dark: researching female prostitution. En H. Roberts (Ed.), *Women's health matters*. (141-156). London: Routledge.
- Barrasa, A., Jesús, C., del Romero, J., Pueyo, I., de Armas, C., Varela, J.A., Ureña, J.M., Bru, F.J., Ordoñana, J.R., Balaguer, J. y Sáez de Vicuña, L.M. (2004). Prevalencia del VIH entre las personas que realizan la serología en ocho ciudades españolas después de la exposición heterosexual, 1992-2003. Grupo EPI-VIH. *Revista Española Salud Pública*, 78(6), 669-77.
- Barry, K. (1995). *The prostitution of sexuality*. New York: University Press.
- Bautista, C.T., Mejía, A., Leal, L., Ayala, C., Sánchez, J.L. y Montano, S.M. (2008). Prevalence of lifetime abortion and methods of contraception among female sex workers in Bogota, Colombia. *Contraception*, 77(3), 209-13.
- Baxter, L. y Baxter, C. (2004). An occupation, not a characterisation: Meeting the healthcare needs of female Street Sex Workers. *Public Health Medicine*, 5(3), 103-5.
- Belda, J., Fernández, E., Martínez, CH. y Macián, M.J. (2003). Protocolo de actuación de ETS/VIH en el centro de información y prevención del Sida y Ets (CIPS) de Alicante. En Grupo de trabajo del Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad y Consumo (Ed.), *Prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en personas que ejercen la prostitución*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Belza, MJ., Clavo, P., Ballesteros, J., Menéndez, B., Castilla, J., Sanz, S., Jerez, N., Rodríguez, C., Sánchez, F. y del Romero, J. (2004). Condiciones sociolaborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 18(3), 177-83.
- Belza, M.J., De la Fuente, L., Suárez, M., Vallejo, F., García, M., López, M., Barrio, G. y Bolea, A. (2008). Men who pay for sex in Spain and condom use: prevalence and

- correlates in a representative sample of the general population. *Sexually Transmitted Infections*, 84(3), 207-11.
- Belza, M.J., Llácer, A., Mora, R., De la Fuente, L., Castilla, Noguera, L. y Cañellas, S. (2000). Características sociales y conductas de riesgo para el VIH en un grupo de travestis y transexuales masculinos que ejercen la prostitución en la calle. *Gaceta Sanitaria*, 13(5), 330-337.
- Belza, M.J., Llácer, A., Mora, R., Morales, M., Castilla, J. y De la Fuente, L. (2001). Características sociodemográficas y patrones de comportamiento de riesgo para VIH de los trabajadores masculinos del sexo en Madrid, España. *AIDS Care*, 13(5), 677-82.
- Bellis, M.A., Watson, F.L., Hughes, S., Cook, P.A., Downing, J., Clark, P. y Thomson, R. (2007). Comparative views of the public, sex workers, businesses and residents on establishing managed zones for prostitution: analysis of a consultation in Liverpool. *Health Place*, 13(3), 603-16.
- Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J.D. y Lardelli, P. (1996a). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18(4), 153-163.
- Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J.D., J. y Lardelli, P. (1996b). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR- familiar. *Atención Primaria*, 18(6), 289-296.
- Benotsch, E.G., Somlai, A.M., Pinkerton, S.D., Kelly, J.A., Ostrovski, D., Gore-Felton, C. y Kozlov, A.P. (2004). Drug use and sexual risk behaviours among female Russian IDUs who exchange sex for money or drugs. *International Journal STD & AIDS*, 15(5), 343-7.
- Bergner, M., Bobbitt, R.A., Carter, W.B. y Gilson, B.S. (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805.
- Berosiegietta, M. y Alegría, J.M. (1990). La prostitución: una aproximación descriptiva. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria 11*, 78-85.
- Bindman, J. (1996). *Redefining Prostitution as Sex Work on the International Agenda*. Londres: Anti-Slavery International.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Bletzer, K.V. (2005). Sex workers in agricultural areas: Their drugs, their children. *Culture Health & Sexuality*, 7(6), 543-55.
- Bobes, J., González, M.P. y Bousoño, M. (1995). Introducción al concepto y al estudio de calidad de vida. En: J. Bobes, S. Cervera y A. Seva (Eds), *Calidad de vida y trastornos depresivos. Congreso Nacional de Psiquiatría*. Oviedo: Gofer I.

- Bobes, J., G.-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Bolaños, A. (2006). *La prostitución desde una perspectiva de los Derechos Humanos*. Madrid: Médicos del Mundo.
- Bonelli, E. (2001). Abordando las claves del problema. En E. Bonelli M. y Ulloa (Eds.), *Tráfico e Inmigración de Mujeres en España. Colombianas y Ecuatorianas en los servicios domésticos y sexuales*. Madrid: ACSUR-Las Segovias.
- Bonelli, E. y Ulloa, M. (2001). *Tráfico e inmigración de mujeres en España: colombianas y ecuatorianas en los servicios domésticos y sexuales*. Madrid: Acsur-Las Segovias.
- Bowling, A. (1994). *La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Editorial Española.
- Boyle, F.M., Dunne, M.P., Najman, J.M., Western, J.S., Turrell, G., Wood, C. y Glennon, S. (1997). Psychological distress among female sex workers. *Australian and New Zeland Journal Public Health*, 21(6), 643-6.
- Bradley, M.S. (2007). Girlfriends, wives, and strippers: Managing stigma in exotic dancer romantic relationships. *Deviant Behavior*, 28, 379-406.
- Brents, B.G. y Hausbeck, K. (2005). Violence and legalized brothel prostitution in Nevada. Examining safety, risk, and prostitution policy. *Journal of Interpersonal Violence*. 20(3), 270-295.
- Brewis, J. y Linstead, S. (2000). The worst thing is the screwing (1): Consumption and the management of identity in sex work. *Gender, work and organization*, 7(2), 84-97.
- Brown, J.D. y Siegel, J.M. (1988). Exercise as a buffer of life stress: A Prospective study of adolescent health. *Health Psychology*, 7, 341-353.
- Brufao, P. (2008). Prostitución y políticas públicas: entre la reglamentación, la legalización y la abolición. *Estudios de progreso*, 33, 1-45
- Bruquetas, F. (2006). *La Historia de los Burdeles en España*. Madrid: La esfera de los libros.
- Brussa, L. (2002). Trabajadores sexuales inmigrantes en Europa: prevención de ITS/VIH, salud y derechos. *Reserach for Sex Work*, 5, 12-14.
- Brussa, L. (2004). Migración, trabajo sexual y salud: la experiencia de TAMPEP. En R. Osborne (Ed.), *Trabajador@s del sexo. Derechos, migraciones y tráfico en el siglo XXI*. (pp. 193-205). Barcelona: Bellaterra.
- Burruano, L. y Seydel, J. (2006). The spread of HIV/AIDS in Ukraine. *Gesundheitswesen*, 68(8-9), 571-574.



- Calderón, G.Y. y Ortiz, G. (2003). Estudio descriptivo sobre las prostitución de mujeres inmigrantes latinoamericanas y africanas en Gran Canaria. *Boletín de Médicos del Mundo*, 89, 12-13.
- Calman, K. C. (1984). Quality of live in cancer patients: An hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.
- Camejo, M.I., Mata, G. Y Díaz, M. (2003). Prevalencia de hepatitis B, hepatitis C y sífilis en trabajadoras sexuales de Venezuela. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 339-344.
- Campbell, A., Converse, P.E. y Rodgers, W.L. (1976). *The quality of american life: perception, evaluation and satisfaction*. Nueva York: Russell Sage Fundation.
- Campbell, R., Ahren, C.E., Sefl, T. y Clark, M.L. (2003). The relationship between adult sexual assault and prostitution: an exploratory analysis. *Violence Victime*, 18(3), 299-317.
- Camfield, L. (2003). *Using subjective measures of wellbeing in developing countries*. Economic & Social Research Council (ESRC). University of Bath.
- Cáritas de Zaragoza (1996). *La prostitución en la calle. Estudio sobre los procesos de marginación e inserción de las mujeres que se acercan al centro de acogida FOGARAL de Cáritas Diocesana de Zaragoza*. Manuscrito no publicado.
- Carracedo, R. (2006). *Marco teórico y legal de la prostitución*. Comisión para la Investigación de los malos tratos a mujeres (CIMTM). Recuperado de <http://www.malostratos.org/09%20actualidad/20%20CIMTM%20jornadas%202%20y%203%20octubre.htm>
- Carrillo, J., Bernal, E. y Calero, M.L. (2007). El higienista Manuel Pizarro Jiménez (1821-1892) y su discurso doctrinal «De la prostitución y de su influencia en las costumbres, en la moralidad y en la salud pública» (1870). *Asclepios, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 1, 167-202.
- Casal, M. (2001). Mujeres inmigrantes y prostitución en Galicia. *En Migraciones: formación y empleo* [CD-Rom]. Teruel: Universidad de Verano.
- Castellanos, B. (2008). Prostitución, sexualidad y producción. Una perspectiva marxista *Nómadas: Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 17, 189-196.
- C.C.O.O. de Asturias (2008). *La inmigración en Asturias en 2007*. CCOO de Asturias. Recuperado de <http://www.ccooasturias.es/dat/101.pdf>
- CIMTM (2002). *Informe sobre el tráfico de mujeres y la prostitución en la Comunidad de Madrid*. Dirección General de la Mujer. Madrid: EC Gráfica.
- Colectivo IOÉ (1998). *Inmigración y trabajo*. Instituto de Migraciones y Servicios. Sociales. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Comisión Mixta de los Derechos de la Mujer y de la Igualdad de Oportunidades (2007). *Informe de la ponencia sobre la prostitución en nuestro país* (154/9). Aprobada en sesión de la ponencia de 13 de marzo de 2007. Madrid: Congreso de los Diputados. Recuperado de [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L8/CORT/BOCG/A/CG\\_A379.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L8/CORT/BOCG/A/CG_A379.PDF)
- Consiglio, E. y Belloso, W.H. (2003). Nuevos indicadores clínicos. La calidad de vida relacionada con la salud. *Medicina (Buenos Aires)*, 63, 172-178.
- Creighton, S., Tariq, S. y Perry, G. (2008). Sexually transmitted infections among UK street-based sex workers. *Sexually Transmitted Infections.*, 84(1), 32-3.
- Cruz Roja Española (2004). *Mujeres Inmigrantes en los Trabajos Sexuales: Condiciones de Vida y de Trabajo, Indicadores de Exclusión Social y Estrategias para la Dignificación*. Memoria Inicial. Madrid: Ministerio de Interior de España y Fondo Social Europeo.
- Cummins, R. A. (1993). *The Comprehensive Quality of Life Scale for Adults*. (ComQol-A). Melbourne, Australia: School of Psychology, Deakin University.
- Cummins, R. A. (1996). Quality of Life and Disability. En P. O'Brien, y R. Murria (Eds.). *Human Services: towards partnership and supportb..* Auckland: Dunmore Press. Nueva Zelanda.
- Cummins, R.A. (2000). Objective and subjective quality of life: an interactive model. *Social Indicators Research*, 52, 55-72.
- Cummins, R.A., McCabe, M.P., Romeo, Y. y Gullone, E. (1994). The comprehensive quality of life scale: Instrument development and psychometric evaluation on tertiary staff and students. *Educational and Psychological Measurement*, 54, 372-82.
- Cusick, L. (1998). Non-use of condoms by prostitute women, *AIDS Care*, 10(2), 133-146.
- Cwikel, J., Ilan, L. Y Chudakov, B. (2003). Women brothel workers and occupational health risk. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 809-815.
- Chacham, A.S., Diniz, S.G., Maia, M.B., Galati, A.F. y Mirim, L.A. (2007). Sexual and reproductive health needs of sex workers: two feminist projects in Brazil. *Reproductive Health Matters*, 15(29), 108-18.
- Chudákov, B., Ilan, K., Belmaker, R.H. y Cwikel, J. (2002). The motivation and mental health of sex workers. *Journal of Sex Marital Theraphy*, 28(4), 305-15.
- Church, S., Henderson, M., Barnard, M. y Hart, G. (2001). Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *London: BMJ, British Medical Journal*, 322, 524-525.
- Day, S. y Ward, H. (2004). *Sex work, mobility and health in Europe*. London: Kegan Paul Limited.
- De Bravo, M.T. y Failache, S. (1993). El concepto de Calidad de Vida: una revisión de su alcance y contenido. *Revista Geográfica Venezolana*, 34(2), 275-295.

- Del Amo, J., González, C., Losana, J., Clavo, P., Muñoz, L., Ballesteros, J., García-Sainz, A., Belza, M.J., Ortiz, M., Menéndez, B., del Romero, J. y Bolumar, F. (2005). Influence of age and geographical origin in the prevalence of high risk human papillomavirus in migrant female sex workers in Spain. *Sexually Transmitted Infections*, 81(1), 79-84.
- Defensor del pueblo Andaluz (2002). *La prostitución realidad y políticas de intervención pública en Andalucía*. Informa Especial al Parlamento. Sevilla: Defensor del pueblo Andaluz.
- Defensora del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra (2005). *Informe Especial al Parlamento: Derechos humanos y prostitución en Navarra*. Navarra: Institución de la Defensora del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra.
- Derogatis, L.R. (1994). *SCL-90-R Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Diputación de Palencia (2008). *Variables sociodemográficas de mujeres en riesgo de exclusión social*. Departamento de Servicios Sociales de la Diputación de Palencia. Dirección General de la Mujer.
- DiTomaso, E., Brannen, C. y Best, L.A. (2004) Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educational and Psychological Measurement*, 1(64), 99-119.
- Doezema, J. (2004). ¡A crecer! La infantilización de las mujeres en los debates sobre “tráfico de mujeres”. En R. Osborne (Ed.), *Trabajador@s del sexo. Derechos, migraciones y tráfico en el siglo XXI*. (pp. 151-163). Barcelona: Bellaterra.
- Durkheim, E. (1993). *Las reglas del método sociológico*. Madrid: Ediciones Morata S.L.
- Dworkin, A. (1981). *Pornography: Men Possessing Women*. New York: Putnam.
- Dworkin, A. (1997). *Life and Death*. New York: Free Press.
- EDIS (2004). *Realidad social de las mujeres sin techo, prostitutas, ex reclusas y drogodependientes en España*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Emakunde (2001). *La prostitución ejercida por mujeres en la C.A.E.* País Vasco: Instituto Vasco de la Mujer.
- Emakunde (2007). *Mujeres que ejercen la prostitución en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. País Vasco: Instituto Vasco de la Mujer.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Escrivá, A. (2000). ¿Empleadas de por vida? Peruanas en el servicio doméstico de Barcelona. *Papers*, 60, 327-342.

- Estébanez, P., Rodríguez, M.A., Rodrigo, J. y Ramón, P. (2002). *Evaluación y Tendencias de Predictores de Riesgo asociados a VIH/ SIDA y otras ETS asociadas a trabajadoras del sexo en España*. Estudio financiado por el FIPSE. Expediente 2065/99.
- Evans, D.R. y Cope, W. (1989). *Quality of Life Questionnaire Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Farley, M. y Barkan, H. (1998). Prostitution, Violence against women, and posttraumatic stress disorder. *Women & Health*, 27(3), 37-49.
- Farley, M., Lynne, J. y Cotton, A.J. (2005). Prostitution in Vancouver: violence and the colonization of First Nations women. *Transcultural Psychiatry*, 42(2), 242-71.
- Felce, D. (1997). Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41(2), 126-135.
- Felce, D. y Perry, J. (1993). *Quality of life: A contributions to its definition and measurement*. Gales, Cardiff: Mental Handicap in Wales: Applied Research Unit University of Wales College of Medicine.
- Felce, D. y Perry, J. (1995). Quality of life: it's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 1(16), 51-74.
- Felce, D. y Perry, J. (1996). Assessment of quality of life. En R.L. Schalock. (Ed.), *Quality of Life: Conceptualization and Measurement*. Washinton: American Association on Mental Retardation.
- Feldblum, P.J., Nasution, M.D., Hoke, T.H., Van Damme, K., Turner, A.N., Gmach, R., Wong, E.L. y Behets, F. (2007). Pregnancy among sex workers participating in a condom intervention trial highlights the need for dual protection. *Contraception*, 76 (2), 105-10.
- Fernández- Ballesteros, R. (1996). Breve cuestionario de Calidad de Vida. En R. Fernández- Ballesteros, M.D. Zamarrón y A. Maciá (Eds.), *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: INSERSO.
- Fernández- Ballesteros, R. (1998). Quality of life: concept and assessment. En J. Adair, D. Bellanger y K. Dion (Eds.), *Advances in psychological science*, vol. 1: *Social, personal and cultural aspects*. East Sussex, UK: Psychology Press.
- Fernández- Ballesteros, R. y Maciá, A. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención Social*, 5(2), 77-94.
- Fernández, M. J. (2004). *Prostitución, inmigración y salud: perfil de las trabajadoras sexuales de Avilés (Asturias)*. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Vivienda y Bienestar Social. Oviedo: KRK Ediciones.
- Fernández, M.J. (2007). *Condiciones de vida personal, social y de salud de las mujeres que ejercen la prostitución en Asturias*. Investigación realizada por Médicos del Mundo Asturias y

- subvencionada por el Instituto Asturiano de la Mujer. Oviedo: Instituto Asturiano de la Mujer. (Material inédito).
- Fernández, R. y Rodríguez, J. (2004). Elementos históricos sobre la prostitución femenina en Costa Rica. El caso del Valle Central Noroccidental. *Diálogos, Revista Electrónica de Historia*, 6(1), 1-43.
- Ferrans, C. y Powers, M. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8, 15-24.
- Ferrús, J. y Heras, P. (2008). El fenómeno de la prostitución: aproximación teórica a su estudio. En I. Serra, (Coord.), *La prostitución femenina en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Institut Universitari d'Estudis de la Dona Universitat de Valencia.
- Flanagan, J.C. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33(2), 138-147.
- Flanagan, J.C. (1982). Measurement of the quality of life: Current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 56-59.
- Folch, C., Esteve, A., Sanclemente, C., Martró, E., Lugo, R., Molinos, S., González, V., Ausina, V. y Casabona, J.P. (2008). Prevalence of human immunodeficiency virus, Chlamydia trachomatis, and Neisseria gonorrhoeae and risk factors for sexually transmitted infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Sexually Transmitted Diseases*, 35(2), 178-83.
- Folch, C., Sanclemente, C., Esteve, A., Martró, E., Molinos, S. y Casabona, J. (2009). Características sociales, los comportamientos de riesgo y las diferencias en la prevalencia del VIH / infecciones de transmisión sexual entre españoles e inmigrantes trabajadoras del sexo en Cataluña, España. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 132(10), 385-8.
- Fornasa, C.V., Gai, F., Tarantello, M. y Gallina, P. (2005). Knowledge of sexually transmitted diseases and condom use among female street sex workers in Padua. *Acta Dermatovenerol Alpina, Panonica et Adriatica*, 14(3), 107-10.
- Free, C., Roberts, I. y McGuire, M. (2007). Sex workers' accounts of condom use: implications for condom production, promotion and health policy. *Journal Family Planning and Reproductive Health Care*, 33(2), 107-11.
- Garaizabal, C. (2004). ONG y derechos humanos: la experiencia de Hetaira. En R. Osborne (Ed.), *Trabajador@s del sexo. Derechos, migraciones y tráfico en el siglo XXI*. (pp. 85-95). Barcelona: Bellaterra.
- Garaizabal, C. (2007). El estigma de la prostitución. En M. Briz y C. Garaizabal (Cords.). *La prostitución a debate: por los derechos de las prostitutas*. Madrid: Talasa.

- Gili, M., Ferrer, V., Roca, M. y Bernardo, M. (2000). Trastornos psiquiátricos y comorbilidad médica en un estudio epidemiológico comunitario. *Psicothema*, 12(1), 131-135.
- Goldberg, D. y Williams, P. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ. (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- Gómez-Vela, M. y Sabeh, E.N. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Integra*, 9(3), 5-13.
- González, B. y Tirado, S. (2006). *Estudio sobre la explotación sexual de las mujeres, con referencia al tráfico ilegal*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- González-Pienda, J.A., Álvarez, L., González-Castro, P., Núñez, J.C. y Álvarez, D. (2008). Estrategia hipertextual computerizada y construcción personal de significados. *Psicothema*, 20(1), 49-55.
- Gordon, J. (1988) El desafío de la epidemiología. *Publicación Científica OPS*, 500, 10-12.
- Grant, M.M., Padilla, G.V., Ferrell, B.R. y Rhiner, M. (1990). Assessment of quality of life with a single instrument. *Seminars in Nursing Oncology*, 6, 260-270.
- Gregorio, C. (2007). Trabajando honestamente en casa de familia: entre la domesticidad y la hipersexualización. *Estudios Feministas, Florianópolis*, 15(3), 699-716.
- Griffin, J. (1986). *Well-Being. Its Meaning, Measurement and Moral Importance*. Oxford: Clarendon Press.
- Grupo para el estudio de Seroprevalencia de VIH Anónimo no Relacionado en pacientes de ETS. Seroprevalencia de VIH en pacientes de consultas de ETS, 1998-2000. (2001) Estudio anónimo no relacionado. Centro Nacional de Epidemiología Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. *Boletín Epidemiológico semanal*, 9(19), 205-212.
- Grupo para el estudio de seroprevalencia de VIH anónimo y no relacionado en pacientes de consultas de ETS (2002). Prevalencia de VIH, HTLV-I y HTLV-II en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual, 2000-2001. Estudio anónimo y no relacionado. Nacional de Epidemiología Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. *Boletín Epidemiológico semanal*, 10(22), 233-244-
- Güell, M.R. y Morante, F. (2007). *Manual SEPAR de procedimientos. Herramientas para la medida de la calidad de vida relacionada con la salud*. (pp. 5-7). Barcelona: Permanyer.
- Guilló, C.I. (Coord.) (2005). *La prostitución en la Comunidad Autónoma de Andalucía*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
- Gutiérrez, M., Tajada, P., Álvarez, A., De Julián, R., Baquero, M., Soriano, V. y Holguín, A. (2004). Prevalence of HIV-1 non-B subtypes, syphilis, HTLV, and hepatitis B and C viruses among immigrant sex workers in Madrid, Spain. *Journal Medical Virology*, 74(4), 521-7.

- Gutiérrez-Cortines, M., Pinedo, R. y Martín, M. (2006). *Estudio de la prostitución en Valladolid*. Concejalía de Acción Social. Excmo. Ayuntamiento de Valladolid. Manuscrito no publicado.
- Harcourt, C., y Donovan, B. (2005). The many faces of sex work. *Sexually Transmitted Infections*, 81, 201-206.
- Holgado, I. (2001). Las nuevas retóricas de la inmigración femenina: la prostitución en las calles de Barcelona. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 94(100). Recuperado de <http://www.ub.es/geocrit/sn-94-100.htm>
- Holgado, I. (2008). *Prostituciones: Diálogo Sobre el Sexo de Pago*. Barcelona: Icaria Antrazyt 268.
- Holroyd, E.A., Wong, W.C., Gray, S. y Ling, D.C. (2008). Environmental health and safety of Chinese sex workers: a cross-sectional study. *International Journal Nursing Studies*, 45(6), 932-41.
- Hong, Y., Fang, X., Li, X., Liu, Y., Li, M. y Tai-Seale, T. (2010). Self-perceived stigma, depressive symptoms, and suicidal behaviors among female sex workers in China. *Journal Transcultural Nursing*, 21(1), 29-34.
- Hörnquist, J.O. (1989). Quality of life: concepts and assessment. *Scandinavia Journal Social Medical*, 18, 68-79.
- Hunt, S. M. y McEwen, J. (1980). The development of a subjective health indicator. *Social Health*, 2, 231-246.
- Ibáñez, E. y García- Riaño, D. (1995). Metodología y diseños escalares en calidad de vida y depresión. En Bobes, J., Cervera, S., Seva, A., (Edit.) *Calidad de Vida y trastornos depresivos. Congreso Nacional de Psiquiatría*. (pp. 21-37). Oviedo: Gofer I.
- Institut Català de la Dona (2001). *Análisis de la prostitución femenina en Cataluña: Propuestas ejecutivas y legislativas para mejorar una situación problemática*. Universitat Pompeu Fabra y The Johns Hopkins University. Inédito.
- Instituto de la Mujer. (2006). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la III Macroencuesta*. Madrid: Sigma Dos S.A. Recuperado de [http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/estud\\_inves/Violencia%20mujeres%20.pdf](http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/Violencia%20mujeres%20.pdf)
- I.N.E. (2006). *España en cifras*. Recuperado de <http://www.ine.es>
- I.N.E. (2009). *Mujeres y hombres en España 2009*. Instituto Nacional de Estadística (INE) en colaboración con el Ministerio de Igualdad (Instituto de la Mujer). Recuperado de <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/myh/myh09.pdf>
- Ishoy, T., Ishoy, P.L. y Olsen, L.R. (2005). Street prostitution and drug addiction]. *Ugeskr Laeger*, 167(39), 3692-6.

- Jackson, L.A., Augusta-Scott, T., Burwash-Brennan, M., Karabanow, J., Robertson, K. y Sowinski, B. (2009). Intimate relationships and women involved in the sex trade: perceptions and experiences of inclusion and exclusion. *Health (London)*, 13(1), 25-46.
- Jackson, L.A., Bennett, C.G. y Sowinski, B.A. (2007). Stress in the sex trade and beyond: Women working in the sex trade talk about the emotional stressors in their working and home lives. *Critical Public Health*, 17(3), 257-271.
- Jackson, L.A., Sowinski, B., Bennet, C. Y Ryan, D. (2005). Female sex trade workers, condoms and the public-private divide. En J. T. Parsons, *Contemporary research on sex work* (Ed.), NY: Harworth Press.
- Jeal N. y Salisbury, C. (2004a). A health needs assessment of street-based prostitutes: cross-sectional survey. *Journal Public Health (Oxford)*, 26(2), 147-151.
- Jeal, N. y Salisbury, C. (2004b). Self-reported experiences of health services among female street-based prostitutes: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*, 54, 515-519.
- Jeal, N. y Salisbury, C. (2007). Health needs and service use of parlour-based prostitutes compared with street-based prostitutes: a cross-sectional survey. *Internaticonal Jorunal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(7), 875-81.
- Jeal, N. Salisbury, C. y Turner, K. (2008). The multiplicity and interdependency of factors influencing the health of street-based sex workers: a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 84(5), 381-5.
- Jeffreys, S. (1997). *The Idea of Prostitution*. North Melbourne, Australia: Spinifex.
- Jenkins, R. (1990). Towards a system of outcome indicators for mental health care. *The British Journal of Psychiatry*, 157, 500-514.
- Jenkinson, C., Fitzpatrick, R. y Peto, V. (1998). *The Parkinson's Disease Questionnaire: User Manual for the PDQ-39, PDQ-8 and the PDQ Summary Index*. Oxford: University of Oxford Health Services Research Unit.
- Jiménez, A. y Vallejo, D. (1999). *Estudio sobre la prostitución femenina en la Comunidad de Castilla y León*. Junta de Castilla y León: Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Jordan, J. (2005). *The sex industry in New Zealand: A literature review*. Wellington: Ministry of Justice.
- Juliano, D. (2002). *La prostitución: el espejo oscuro*. Barcelona. Icaria.
- Juliano, D. (2004). *Excluidas y marginales. Una aproximación antropológica*. Madrid: Grupo Anaya.
- Juliano, D. (2007). Sobre trabajos y degradaciones. En M. Briz y C. Garaizabal (Coords.). *La prostitución a debate: por los derechos de las prostitutas*. (pp. 27-33). Madrid: Talasa.



- Juniper, E.F., Guyatt, G.H., Ferrie, P.J. y Griffith, L.E. (1993). Measuring quality of life in asthma. *American Review of Respiratory Disease*, 147, 832-8.
- Junta de Extremadura (2005). *Congreso Internacional Tráfico Internacional y Trata de Mujeres: Claves básicas para reflexionar sobre un problema*. Cáceres: Junta de Extremadura.
- Kaplan, R.M., Sallis, J.F. y Patterson, T.L. (1993). *Health and human behavior*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Kerrigan, D., Ellen, J.M., Moreno, L., Rosario, S., Katz, J., Celentano, D.D. y Sweat, M. (2003). Environmental-structural factors significantly associated with consistent condom use among female sex workers in the Dominican Republic. *AIDS*, 17(3), 415-23.
- Kimoto, K. (2001). Relations between taking contraceptive pills, condom use and sexually transmitted disease history among female sex workers. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*, 48(4), 268-75.
- Koken, J.A., Bimbi, D.S., Parsons, J.T. y Halkitis, P.N. (2009). The experience of stigma in the lives of male Internet escorts. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 16(1), 13-32.
- Kong, T. S. K. (2006). What it feels like for a whore: The body politics of women performing erotic labour in Hong Kong. *Gender Work and Organization*, 13(5), 409-434.
- Kurtz, S.P., Surratt, H.L., Iniardi, J.A. y Kiley, M.C. (2004). Sex work and date violence. *Violence Against Women*, 10(4), 357-385.
- Labbate, L.A. y Lare, S.B. (2001). Sexual Dysfunction in Male Psychiatric Outpatients: Validity of the Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire. *Psychotherapy Psychosomatics*, 70, 221-225.
- Lagarde, M. (1993). *Los cautiverios de las mujeres: madres esposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Autónoma de México.
- Lamb, K.L., Brodie, D.A. y Roberts, K. (1988). Physical fitness and health-related fitness as indicators of a positive health state. *Health Promotion*, 3, 171-182
- Lara, D.K., Grossman, D.A., Muñoz, J.E., Rosario, S.R., Gómez, B.J. y García, S.G. (2009). Acceptability and use of the female condom and diaphragm among sex workers in Dominican Republic: results from a prospective study. *AIDS Education and Prevention*, 21(6), 538-51.
- Lawton, M.P. (2001). Quality of life and the end of life. En J. E. Birren y K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging (5th ed)*. San Diego, CA: Academic Press.
- Le Meur, Y. (2007). El mercado transnacional del sexo. En L. Ballester y C. Orte (Eds.) *Prostitución: comercio de personas sin fronteras*. [CD-ROM]. Palma de Mallorca: Universidad de Islas Baleares.

- Leidy, N.K., Revicki, D.A. y Geneste, B. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value Health*, 2, 113-27
- Leuridan, E., Wouters, K., Stalpaert, M. y Van Damme, P. (2005). Male sex workers in Antwerp, Belgium: a descriptive study. *International Journal of STD & AIDS*, 16(11), 744-8.
- Levi, L. y Andersson, L. (1980). *La Tensión Psicosocial. Población, ambiente y Calidad de vida*. México: El Manual Moderno.
- Lim, L. (2004). El sector del sexo: la contribución económica de una industria. En R. Osborne (Ed.), *Trabajador@s del sexo. Derechos, migraciones y tráfico en el siglo XXI*. (pp. 57-83). Barcelona: Bellaterra.
- Lizán, L. (1997). La perspectiva del paciente en la valoración de resultados de la atención sanitaria: medida de la calidad de vida relacionada con la salud. *Atención Primaria*, 20, 191-197.
- Lobo, A., Pérez- Echevarría, M. J. y Artal, J. (1986). Validity of the scales versión of the general health questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16(1), 135-140.
- Lobo, A. y Muñoz. P.E. (1996). Cuestionario de salud general, GHQ (general health questionnaire). En D. Golgberg y P. Williams (Eds.). *Guía para el usuario de las distintas versiones. Versiones en lengua española validadas*, (pp. 1-72). Barcelona: Masson.
- López, C. y Cuesta, M. M. (1992). Acercamiento al mundo de la prostitución. Estudio de un grupo de prostitutas. *Impulso*, 27, 14-26.
- López, F. (2004). Género y sexualidad. En E. Barberá y I. Martínez-Benlloch (Coord.), *Psicología y género*. (pp. 145-170). Madrid: Pearson Educación.
- López, F. y Pinedo, R. (2007). *La mujer que ejerce prostitución en Castilla y León*. Observatorio de Género de Castilla y León. Junta de Castilla y León. Manuscrito inédito.
- López, M. y Mestre, R. (2006). *Trabajo sexual. Reconocer derechos*. Valencia: Ediciones la Burbuja.
- Lucas, R. (1996). *WHOQOL-BREF Versión Barcelona. División de salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Lucas, R. (2007). WHOQoL. En M.R. Güell y F. Morante (Coord.), *Manual SEPAR de procedimientos. Herramientas para la medida de la calidad de vida relacionada con la salud*. (pp. 16-22). Barcelona: Permanyer.
- Luengo, J. (2005). Reglamentación de la prostitución en la España del primer tercio del siglo XX. En L. Ballester y C. Orte (Eds.) *Prostitución: comercio de personas sin fronteras*. [CD-ROM]. Palma de Mallorca: Universidad de Islas Baleares.
- Lutnick, A. y Cohan, D. (2009). Criminalization, legalization or decriminalization of sex work: what female sex workers say in San Francisco, USA. *Reproductive Health Matters*, 17(34), 38-46.

- MacKinnon, C. (1987). *Feminism Unmodified: Discourses on Life and Law*. Cambridge: Harvard University Press.
- MacKinnon, C. (1989). *Toward a Feminist Theory of the State*. Cambridge: Harvard University Press.
- Malgesini, G. (2006). *Impacto de una posible normalización profesional de la prostitución en la viabilidad y sostenibilidad futura del sistema de pensiones de protección social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.
- Malgesini, G., Planet, A.I., y Wagman, D. (2008). Dimensiones de la inmigración en España. Impactos y desafíos. En Colectivo IOÉ (Eds.), *Inmigrantes, nuevos ciudadanos*. Madrid: FUNCAS, Madrid.
- Marín, J.J. (2001). Perspectivas y Problemas para una Historia Social de la Prostitución. Cuadernos Digitales: *Publicación Electrónica en Historia Archivística y Estudios Sociales*, 13. Recuperado de <http://historia.fcs.ucr.ac.cr/cuadernos/c13-his.htm>
- Martín, C. (2005). *Prevalencia y atención a los trastornos mentales en una comunidad rural*. (Tesis Doctoral, Universidad de Granada). Granada: Universidad de Granada.
- Martín, C., Pedrosa, R., Herrero, J.J., Luna, J.D.D., Ramírez, P. y Sáez, J.M. (2003). Prevalencia de psicopatías en un centro de salud rural. *Atención Primaria*, 31, 39-46.
- Martínez, V. y Lozano, A. (1998). *Calidad de vida de los ancianos*. Castilla La Mancha: Colección Ciencia y Técnica. Editorial Universidad de Castilla La Mancha.
- Mazuela, V. y Almarza A.P. (2008). Prostitución: vulneración de derechos y doble moral. *II Congreso Virtual Prostitución: Reglamentación de la prostitución y Derechos Humanos*. Universidad de Islas Baleares, 1-18 febrero, (paper).
- McKeganey, N. y Barnard, M. (1996) *Sex Work on the Streets: Prostitutes and Their Clients*. Milton Keynes: Open University Press.
- McVerry, S. y Lindop, E.(2005). Negotiating risk: how women working in massage parlours preserve their sexual and psychological health. *Health Care for Women International*, 26(2), 108-17.
- Medeiros, R. P. (2000). *Hablan las putas: sobre prácticas sexuales, preservativos y SIDA en el mundo de la prostitución*. Barcelona: Virus Editorial
- Médicos del Mundo (2005): *X informe sobre exclusión social*. Madrid: Médicos del Mundo.
- Meneses, C. (2003). *Perfil de la prostitución callejera. Análisis de una muestra de personas atendida por APRAMP*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Meneses, C. (2007). Las consecuencias del consumo de cocaína entre las prostitutas. *Gaceta Sanitaria*, 21(3), 191-6.

- Mestre, R. (2004). Las caras de la prostitución en el estado español: entre la ley de extranjería y el código penal. En R. Osborne (Ed.), *Trabajador@s del sexo. Derechos, migraciones y tráfico en el siglo XXI*. (pp. 245-262). Barcelona: Bellaterra.
- Mestre, R. (2007). Género y Extranjería. En M. Briz y C. Garaizabal (Coords.). *La prostitución a debate: por los derechos de las prostitutas*. Madrid: Talasa.
- Montero, I. y León, O.G. (2007) A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 847-862.
- Monteros, S. (2005). Elementos para el debate sobre la legislación española en materia de protección de las víctimas del tráfico de personas con fines de explotación sexual. . En L. Ballester y C. Orte (Eds.) *Prostitución: comercio de personas sin fronteras*. [CD-ROM]. Palma de Mallorca: Universidad de Islas Baleares.
- Munasinghe, T., Hayes, R.D., Hocking, J., Verry, J. y Fairley, C.K. (2007). Prevalence of sexual difficulties among female sex workers and clients attending a sexual health service. *International Journal of STD & AIDS*, 18(9), 613-6.
- Muñoz, P.E. (1979). Adaptación española del GHQ de D. P. Goldberg: Un método de identificación de casos psiquiátricos en la comunidad. *Archivos de Neurobiología*, 42(2), 139-158.
- Muñoz, P.E., Tejerina-Allen, M. y Cañas, F. (1995). *Estudio de validación predictiva del General Health Questionnaire (GHQ) en población general urbana*. Madrid: Anales del Fondo de Investigación Sanitaria.
- Muñoz, P.E., Vázquez-Barquero, J.L., Pastrana, E., Rodríguez, F., Oneca, C. (1978). Study of the validity of Goldberg's 60 item GHQ in its Spanish version. *Social Psychiatry*, 13, 99-104.
- Najman, J.M. y Levine, S. (1981). Evaluating the Impact of Medical Care and Technologies on the quality of life: A review and Critique. *Social Science & Medicine*, 15, 107-115.
- Nelson, R. C., Wasson, J.H. y Kirk, J.W. (1987). Assessment of function in routine clinical practice: description of the COOP chart method and preliminary findings. *Journal of Chronic Disease*, 40(1), 55-60.
- Nicolás, G. (2006). Breve repaso histórico del tratamiento jurídico de la prostitución en el Estado español contemporáneo (siglo XIX hasta la Transición política) En I. Rivera, H. Sirviera, E. Bodelón, A. Recasens (Coords.), *Contornos y Pliegos del Derecho. Homenaje a Roberto Bergalli*. (pp. 258-264). Barcelona: Anthropos.
- Nicolás, G. (2007). *La Reglamentación de la prostitución en el Estado español: Genealogía jurídico-feminista de los discursos sobre prostitución y sexualidad*. (Tesis doctoral, Universitat de Barcelona). Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=1383>

- Nicolás, G. y Meroño, M. (2005). Mujeres sin red. En L. Ballester y C. Orte (Eds.) *Prostitución: comercio de personas sin fronteras*. [CD-ROM]. Palma de Mallorca: Universidad de Islas Baleares.
- Nigro, L. , Larocca, L. , Celesia, B.M. , Montineri, A. , Sjoberg, J. , Caltabiano, E. y Fatuzzo, F. (2006). Prevalence of HIV and other sexually transmitted diseases among Colombian and Dominican female sex workers living in Catania, Eastern Sicily. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 8(4), 319-23.
- Nogales, M.C., Castro, C. , Ramírez, M. , Pueyo, I. , Pérez, L. , Jarana, R. y Martín, E. (2007). Diagnóstico de la infección por Chlamydia trachomatis en una clínica de enfermedades de transmisión sexual: la evaluación de muestras de frotis cervical, uretral y rectal mediante la reacción en cadena de la polimerasa. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 1, 11-5.
- Novo, M.A. (Coord.) (2005). *Estilos de vida de la juventud asturiana*. Oviedo: Instituto Asturiano de la Juventud.
- O'Boyle, C., McGee, H., Hickey, A., Joyce, C.R., Browne, J., O'Malley, K. y Hiltbrunner, B. (1993). *The schedule for the evaluation of individual quality of life (SEIQOL): administration manual*. Dublin, Royal College of Surgeons in Ireland.
- Ojer, D., Franco, A., Vázquez, F., Junquera, M.L., Varela, J.A., Cuesta, M., López, C. , Busto, M. y Fernández, M.J.(2005). Variables asociadas a la interrupción voluntaria de embarazo (IVE) en mujeres que ejercen la prostitución en Asturias. En L. Ballester y C. Orte (Eds.) *Prostitución: comercio de personas sin fronteras*. [CD-ROM]. Palma de Mallorca: Universidad de Islas Baleares.
- Ojer, D., Franco, A., Vázquez, F., Junquera, M.L., Varela, J.A., Cuesta, M., López, C. , Busto, M. y Fernández, M.J.(2007). *Conocimiento y uso de métodos contraceptivos e interrupciones voluntarias de embarazo en mujeres que ejercen la prostitución en Asturias*. Premios Virgilio Palacio 4º edición, 2006. Oviedo: Médicos del Mundo y Hospital Monte Naranco.
- Ojer, D., Franco, A., Vázquez, F., Junquera, M.L., Varela, J.A., Cuesta, M., López, C. , Busto, M. y Fernández, M.J.(2008a). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres profesionales del sexo en Asturias, España. *Gaceta Sanitaria*, 22(1), 40-43.
- Ojer, D., Franco, A., Vázquez, F., Junquera, M.L., Varela, J.A., Cuesta, M., López, C. , Busto, M. y Fernández, M.J.(2008b). Factors associated with induced abortion in women prostitutes in Asturias (Spain). *PLoS One*, 3(6), e2358.
- OMS. (1948). *Official Records of the World Health Organization*, 2. Geneva: World Health Organization
- OMS. (1958). *The first ten years. The Health Organization*. Geneva: World Health Organization.
- OMS. (1986). *Los objetivos de la salud para todos*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

- OMS. (1993). Study for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.
- OMS. (1994). *Quality of life assessment. An annotated bibliography*. Geneva: World Health Organization
- OMS. (1996). WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and version of the assessment. Geneva: World Health Organization.
- OMS. (1998). *WHOQOL User Manual*. Geneva: World Health Organization.
- Ordóñez, A. L. (2006). *Feminismo y prostitución. Fundamentos del debate en España*. Oviedo: Ediciones Trabe.
- Orte, C. y Ballester, Ll. (2008). Claves para reflexionar sobre la prostitución. *II Congreso Virtual: Prostitución: Regularización de la prostitución y Derechos Humanos*, 1-18 de febrero, Universidad Islas Baleares, (paper).
- Ortí, M.J. (2005). Prostitución de calle y otros contextos. En L. Ballester y C. Orte (Eds.) *Prostitución: comercio de personas sin fronteras*. [CD-ROM]. Palma de Mallorca: Universidad de Islas Baleares.
- Osborne, R. (1989). *Las mujeres en la encrucijada de la sexualidad: una aproximación desde el feminismo*. Barcelona: La Sal Edicions de les dones.
- Osborne, R. (2004). *Trabajador@s del sexo. Derechos, migraciones y tráfico en el siglo XXI*. Barcelona: Bellaterra.
- Osborne, R. (2007). El sujeto indeseado: las prostitutas como traidoras del género. En M. Briz y C. Garaizabal (Coords.). *La prostitución a debate: por los derechos de las prostitutas*. Madrid: Talasa.
- Oso, L. (2001). Estrategias migratorias y de movilidad social de las mujeres ecuatorianas y colombianas en situación irregular: servicio doméstico y prostitución. En A. Izquierdo (dir.) *Mujeres inmigrantes en la irregularidad. Pobreza, marginación laboral y prostitución. Informe inédito*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Oso, L. (2002). Colombian women, sex work and health in Galicia, Spain. *Research for Sex Work*, 5, 10-12.
- Oso, L. y Ulloa, M. (2001). Tráfico e inmigración femenina desde la voz de las mujeres inmigrantes, en E. Bonelli y M. Ulloa (Coords.), *Tráfico e inmigración de mujeres en España. Colombianas y ecuatorianas en los servicios domésticos y sexuales*. Madrid: ACSUR-Las Segovias.
- Padilla, G.V. (2005). Calidad de Vida: panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 80-88.
- Papadogeorgaki, H. , Caroni, C. , Frangouli, E. , Flemetakis, A. , Katsambas, A. y Hadjivassiliou, M. (2006). Prevalence of sexually transmitted infections in female sex workers in Athens, Greece - 2005. *European Journal of Dermatology*, 16(6), 662-665.

- Pardo, G. y Agudo, S. (2008). Respuestas sobre salud de mujeres subsaharianas que ejercen la prostitución. *Medicina general*, 111, 714-717.
- Parkerson, G.R., Broadhead, W.E. y Tse, C.J. (1990). The Duke health profile. A 17-item measure of health and dysfunction. *Medical Care*, 28, 1056-1069.
- Parrón, N. (2003). Sobre el oficio más antiguo. En A. Bolaños, N. Parrón, E. Royo y J.M. Santana (Coords.), *Debate sobre prostitución y tráfico internacional de mujeres. Reflexiones desde una perspectiva de género*. (pp. 24-35). Madrid: Médicos del Mundo.
- Pateman, C. (1995). *El contrato sexual*. Barcelona: Anthropos.
- Peiró, S. (2002). La calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y en la práctica clínica. *Documentación Social*, 127, 67-95.
- Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 58, 167-201.
- Perkins, R. (1991). *Working girls: prostitutes, their life and social control*. University of Canberra, Australian Institute of Criminology.
- Pheterson, G. (1990). The category 'prostitute' in scientific inquiry. *The Journal of Sex Research*, 27(3), 397-407.
- Pheterson, G. (1992). *Nosotras las putas*. Madrid: Talasa.
- Pheterson, G. (2000). *El prisma de la prostitución*. Madrid: Talasa..
- Pinedo, R. (2005). *Calidad de vida y relaciones interpersonales de las mujeres que ejercen prostitución*. (Trabajo de suficiencia investigadora inédito) Universidad de Salamanca.
- Pinedo, R. (2008) *Características psicosociales, calidad de vida y necesidades de las personas que ejercen prostitución*. (Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca). Recuperado de [http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/22536/1/DPEE\\_Caracteristicas%20psicosociales%20calidad%20de%20vida.pdf](http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/22536/1/DPEE_Caracteristicas%20psicosociales%20calidad%20de%20vida.pdf)
- Pinedo, R. y Martín, J. M. (2006). Calidad de vida y necesidades interpersonales de las mujeres que ejercen prostitución: estudio cualitativo. *Sexología Integral*, 3(4), 193-200.
- Pinkham, S. y Malinowska-Sempruch, K. (2008). Women, harm reduction and HIV. *Reproductive Health Matters*, 16(31), 168-81.
- Plumridge, L. y Abel, G. (2000). Services and information utilised by female sex workers for sexual and physical safety. *The New Zealand Medical Journal*, 113(1117), 370-2.
- Polaino, A. (1987). *Educación para la salud*. Barcelona: Heder.
- Pons, I. (1992). *Condiciones de vida de las prostitutas en Asturias*. Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias.

- Pons, I. (2004). Más allá de los moralismos: prostitución y ciencias sociales. En R. Osborne (Ed.), *Trabajador@s del sexo. Derechos, migraciones y tráfico en el siglo XXI*. (pp. 113-120). Barcelona: Bellaterra.
- Porras, C., Sabidó, M., Fernández-Dávila, P., Fernández, V.H. , Batres, A. y Casabona, J. (2008). Reproductive health and healthcare among sex workers in Escuintla, Guatemala. *Culture, Health & Sexuality*, 10(5), 529-38.
- Potterat, J.J., Rothenberg, R.B., Muth, S.Q., Darrow, W.W. y Phillips-Plummer, L. (1998). Pathways to prostitution: The chronology of sexual and drug abuse milestones. *The Journal of Sex Research*, 35(4), 333-240.
- Quiles, M.A. (2007). La prostitución de mujeres inmigrantes en Marbella. *Boletín criminológico*, 95, 1-4.
- Raphael, J. y Shapiro, D.L. (2004). Violence in indoor and outdoor prostitution venues. *Violence Against Women*, 10(2), 126-139.
- Rey, F. (2006). La prostitución ante el derecho: problemas y perspectivas. *Nuevas Políticas Públicas: Anuario multidisciplinar para la modernización de las Administraciones Públicas*, 2, 97-119.
- Rhodes, T., Simic, M., Baros, S., Platt, L. y Zikic, B. (2008). Police violence and sexual risk among female and transvestite sex workers in Serbia: qualitative study. *BMJ, British Medical Journal*, 337:a811.
- Ribeiro, M. y Sacramento, O. (2005). Violence against prostitutes. Findings of research in the spanish-portuguese frontier region. *European Journal of Women's Studies*, 12(1), 61-81.
- Rodríguez, M.A. (2002). Prostitución en España, salud y políticas. *Reserach for Sex Work*, 5, 8-9.
- Romans, S.E., Potter, K., Martín, J. Y Herbison, P. (2001). The mental and physical health of female sex workers: a comparative study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 75-80.
- Roxburgh, A., Degenhardt, L. y Copeland, J. (2006). Posttraumatic stress disorder among female street-based sex workers in the greater Sydney area, Australia. *BMC Psychiatry*, 6.
- Rubio, A. (2008). La teoría abolicionista de la prostitución desde una perspectiva feminista. En I. Holgado (Ed.), *Prostituciones: diálogos sobre sexo de pago*. (pp. 73-94). Barcelona: Icaria Antrazyt 268.
- Ruiz-Ros, V., Peris, A., Llácer, A. y Peris, M.D. (1998). Bases conceptuales para el diseño de un instrumento de medida de calidad de vida en los afectados por problemas de salud: el Index de Qualitat de vida de l'escola Universitaria d'infermeria de la Universitat de València (IQV-EUIV-1). *Medicina Clínica (Barcelona)*, 17, 41-48.



- Salas, M.T. (2008). *Calidad de vida en pacientes terminales con esclerosis lateral amiotrófica (ELA)*. (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de <http://eprints.ucm.es/8125/1/T30474.pdf>
- Sánchez, J. (2008). Amantes, barraganas, compañeras, concubinas clericales. *Clío & Crimen: Revista del Centro de Historia del Crimen de Durango*, 5, 106-137.
- Sánchez, J., Campos, P., Curtois, B., Gutierrez, L., Carrillo, C., Alarcon, J., Gotuzzo, E., Hughes, J., Watts, D., Hillier, S., Buchanan, K., y Colmes, K. (2003). Prevention of sexually transmitted diseases (STDs) in female sex workers. *American Sexually Transmitted Diseases*, 30(4), 273-279.
- Sanders, T. (2004). A continuum of risk? The management of health, physical and emotional risks by female sex workers. *Sociology of Health & Illness*, 26(5), 1-18.
- Sanders, T. (2005). *Sex work. A risky business*. Devon: Willan Publishing.
- Sanders, T. y Campbell, R. (2007). Designing out vulnerability, building in respect: violence, safety and sex work policy. *The British Journal of Sociology*, 58(1), 1-19.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). *Escala de Síntomas Somáticos Revisada (ESS-R)*. Madrid: UNED.
- Santana, J.M. (2003). *La prostitución dentro del marco de las relaciones de poder: una semblanza antropológica*. Artículo presentado en el Debate sobre prostitución y Tráfico Internacional de Mujeres. Canarias, España.
- Santana, J.M. (2006). *Comparecencia Médicos del Mundo para la Comisión Mixta de los Derechos de la Mujer y de la Igualdad de Oportunidades* (9 de mayo de 2006). Boletín Oficial de las Cortes Generales. Serie A, número 379. Recuperado de [http://www.senado.es/legis8/publicaciones/html/textos/CG\\_A379.html](http://www.senado.es/legis8/publicaciones/html/textos/CG_A379.html)
- Sanz, A., Olivares, E., Saldaña, C. y Roa, A., (2006). Calidad de vida de pacientes con tumores cerebrales: panorama actual. *Psicooncología*, 3(1), 91-106.
- Sau, V. (3a.ed.). (2000). *Diccionario Ideológico Feminista*. Barcelona: Editorial Icaria.
- Savitz, L. y Rosen, L. (1988). The sexuality of prostitutes: sexual enjoyment reported by "streetwalkers". *The journal of Sex Research*, 24, 200-208.
- Schalock, R.L. (1996). Reconsidering the conceptualisation and measurement of quality of life. En R.L. Schalock (Ed.), *Quality of Life. Conceptualization and Measurement*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R.L. (2a.ed.) (2001). *Outcome-based evaluation*. New York: Kluwer Plenum.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2002) *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington: American Association on Mental Retardation.

- Schallock, R.L. y Verdugo, M.A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. (Trad. De Verdugo, M.A. y Jenaro, C.). Madrid: Alianza Editorial.
- Schallock, R.L. y Verdugo, M.A. (2006). Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. En M.A. Verdugo (Dir.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad*. Salamanca. Amarú.
- Schallock, R.L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R.A., Felce, D., Matikka, L., Keith, K.D. y Parmenter, T. (2002). La conceptualización medida y aplicación de calidad de vida en personas con discapacidades intelectuales: informe de un panel internacional de expertos. *Siglo Cero*, 33(5), 5-14.
- Schwartz, G.E. (1982). Testing the biopsychosocial model: the ultimate challenge facing behavioral medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 1040-1053.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 09-21.
- Schwartzmann, L., Olaizola, I., Guerra, A., Dergazarian, S., Francolino, C., Porley, G. y Ceretti, T. (1999). Validación de un instrumento para medir calidad de vida en Hemodiálisis crónica: Perfil de impacto de la enfermedad. *Revista Médica del Uruguay*, 15(2), 103-109.
- Seib, C., Debattista, J., Fischer, J., Dunne, M. y Najman, J.M. (2009). Sexually transmissible infections among sex workers and their clients: variation in prevalence between sectors of the industry. *Sex Health*, 6(1), 45-50.
- Seib, C., Dunne, M.P., Fischer, J. y Najman, J.M. (2010). Commercial sexual practices before and after legalization in Australia. *Archives of Sexual Behavior*, 39(4), 979-89.
- Seib, C., Fischer, J. y Najman, J.M. (2009) The health of female sex workers from three industry sectors in Queensland, Australia. *Social Science & Medicine*, 68(3), 473-8.
- Serra, I. (coord.) (2008). *La prostitución femenina en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Consellería de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana.
- Shannon, K., Bright, V., Gibson, K. y Tyndall, MW. (2009). Sexual and drug-related vulnerabilities for HIV infection among women engaged in survival sex work in Vancouver, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 98(6), 465-9.
- Shannon, K., Kerr, T., Allinott, S., Chettiar, J., Shoveller, J. y Tyndall, M.W. (2008). Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work. *Social Science & Medicine*, 66(4), 911-21.
- Shannon, K., Kerr, T., Strathdee, S.A., Shoveller, J., Montaner, J.S. y Tyndall, MW.(2009). Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers. *BMJ, British Medical Journal*, 339 (b2939).

- Shaver, F.M. (2005). Sex work research. Methodological and ethical challenges. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(3), 296-319.
- Siegrist, J., Hernández -Mejía, R. y Fernández- López, J.A. (2000). Profile of Quality of Life in the Chronically Ill (PLC). *NewsLetter Quality of Life*, 25(18).
- Skevington, S.M., Lotfy, M. O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310,
- Sloss, C.M. y Harper, G.W. (2004). When street sex workers are mothers. *Archives of Sexual Behavior*, 33(4), 329-41.
- Snell, W.E. (1995). The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire. En C.M. Davis (Coord.), *Handbook of sexuality-related measures*. Thousand Oaks: Sage Publications
- Solana, J.L. (2003). *Prostitución, tráfico e inmigración de mujeres*. Granada: Editorial Comares.
- Spilker, B. y Revicki, D.A. (1996). Taxonomy of quality of life. En B. Spilker (Ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Spizzichino, L. , Zaccarelli, M. , Rezza, G. , Ippolito, G. , Antinori, A. y Gattari, P. (2001). HIV infection among foreign transsexual sex workers in Rome: prevalence, behavior patterns, and seroconversion rates. *Sexually Transmitted Disease*, 28(7), 405-11.
- Stewart, A.L., Hays, R.D. y Ware, J.E. (1988). The MOS short-form General Health Survey. Reliability and Validity in a patient population. *Medical Care*, 26(7), 724-735.
- Stulhofer, A. , Bacak, V. , Drglin, T. , Puljiz, M. y Miklin, M.(2009). Female sex work and HIV risks in Croatia. *AIDS Care*, 21(11), 1439-46.
- Surrat, H.L., Inciardi, J.A., Kurtz, S.P. y Kiley, M.C. (2004). Sex work and drug use in a subcultura of violence. *Crime & delinquency*, 50(1), 43-59.
- Sweat, M., Kerrigan, D., Moreno, L., Rosario, S., Gómez, B., Jerez, H., Weiss, E. y Barrington, C. (2006). Cost-effectiveness of environmental-structural communication interventions for HIV prevention in the female sex industry in the Dominican Republic. *Journal of Health Communication*, 11(2), 123-42.
- TAMPEP (2005). *Position Paper on Migration and Sex Work*. Recuperado de <http://www.tampep.com/documents.asp?section=positionpapers>
- Tomura, M. (2009). A Prostitute's Lived Experiences of Stigma. *Journal of Phenomenological Psychology*, 40(1), 51-84.
- Touzé, A., de San José, S., Coursaget, P., Almirall, M.R., Palacio, V., Meijer, C., Kornegay, J. y Bosch, F.X. (2001). Prevalence of anti-human papillomavirus type 16,18,31 and 58 particles

- in women in the general population and in prostitutes. *Journal of Clinical Microbiology*, 39(12), 4344-4348.
- Ulibarri, M.D., Semple, S.J., Rao, S., Strathdee, S.A., Fraga-Vallejo, M.A., Bucardo, J., De la Torre, A., Salazar-Reyna, J., Orozovich, P., Staines-Orozco, H.S., Amaro, H., Magis-Rodríguez, C. y Patterson, T.L.(2009). History of abuse and psychological distress symptoms among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities. *Violence and Victims*, 24(3), 399-413.
- Ulloa, M. (2006). Putas y no Putas: las mujeres llamadas al orden. En Asociación de Mujeres Adreí (Ed.), *Ampliando horizontes feministas*. Oviedo: KRK.
- Unidad Técnica de la Policía Judicial y la Guardia Civil (2005). *Informe criminológico de la trata de seres humanos con fines de explotación sexual*. Madrid: Departamento de Análisis Criminal de la Unidad Técnica de Policía Judicial de la Guardia Civil.
- Uribe, F., Conde, C.J., Juárez, L. Y Hernández, A. (2003). Sociodemographic Dynamics and sexually transmitted infections in female sex workers at the mexican-guatemalan border. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(3), 266-271.
- Uribe, P., y Hernández, G. (2000). Sexo comercial e infecciones de transmisión sexual (ITS) en la ciudad de México. *Consejo Nacional de la lucha contra el SIDA*, 23, 203-219.
- Urteaga, L. (1985). Higienismo y ambientalismo en la medicina decimonónica. *DYNAMIS, Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 5-6, 417-425.
- Vaddiparti, K., Bogetto, J., Callahan, C., Abdallah, A.B., Spitznagel, E.L. y Cottler, L.B. (2006). The effects of childhood trauma on sex trading in substance using women. *Archives of Sexual Behavior*, 35(4), 451-9.
- Valera, R.J., Sawyer, R.G. y Schiraldi, G.R. (2001). Perceived health needs of inner-city street prostitutes: a preliminary study. *American Journal of Health Behavior*, 25(1), 50-9.
- Vanwesenbeeck, I. (2001). Another decade of social scientific work on sex work: A review of research 1990-2000. *Annual Review of Sex Research*, 12, 242-289.
- Vanwesenbeeck, I. (2005). Burnout among female indoor sex workers. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 627-639.
- Vanwesenbeeck, I., van Zessen, G., de Graaf, R. y Straver, C.J. (1994). Contextual and interactional factors influencing condom use in heterosexual prostitution contacts. *Patient Education and Counseling*, 24, 307-22.
- Varela, J. (1995). La prostitución, el oficio más moderno. *Archipiélago*, 21, 52-70.
- Vázquez, F.J. (1998). Historia de la prostitución. Problemas metodológicos y niveles del fenómeno. Fuentes y modelos de análisis. En F.J. Vázquez (Coord.), *Mal menor. Políticas y representaciones*

- de la prostitución. Siglos XVI-XIX. (pp. 11-44). Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- Vecina, C, y Ballester, Ll. (2005). Explotación sexual de mujeres inmigrantes en Mallorca. En L. Ballester y C. Orte (Eds.) *Prostitución: comercio de personas sin fronteras*. [CD-ROM]. Palma de Mallorca: Universidad de Islas Baleares.
- Veenhoven, R. (1996). Advances in understanding happiness. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18, 29-74.
- Velarde-Jurado, E. y Ávila-Figueroa, C. (2002a). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 4(44), 349-361.
- Velarde-Jurado, E. y Ávila-Figueroa, C. (2002b). Consideraciones Metodológicas para evaluar la Calidad de Vida. *Salud Pública de México*, 5(44), 448-463.
- Verdugo, M.A. (2006). *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Verdugo, M.A. y Vicent, C. (2004). El significado de la Calidad de Vida. En Proyecto ALSOI, *Evaluación de la calidad de vida en empleo con apoyo*. Salamanca: Publicaciones del INICO.
- Vicens, J. (2005). *Análisis del impacto económico de la inmigración femenina latinoamericana en la economía española*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Vicente, T.L. (2006) *La inmigración latinoamericana en España*. Expert group meeting on international migration and development in Latin America and the Caribbean. Population Division Department of Economic and Social Affairs United Nations Secretariat. Recuperado de [http://www.un.org/esa/population/meetings/IttMigLAC/P13\\_Vicente.pdf](http://www.un.org/esa/population/meetings/IttMigLAC/P13_Vicente.pdf)
- Wallerand, J. L., Schmitt, M. y Koot, H. M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: Issues, instruments and applications. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 571-585.
- Ward, H. y Day, S. (2006). What happens to women who sell sex? Report of a unique occupational cohort. *Sexually Transmitted Infections*, 82(5), 413-7.
- Ward, H. , Mercer, CH. , Wellings, K. , Fenton, K. , Erens, B. , Copas, A. y Johnson, AM. (2005). Who pays for sex? An analysis of the increasing prevalence of female commercial sex contacts among men in Britain. *Sexually Transmitted Infections*, 81(6), 467-71.
- Ward, H., Day, S. y Weber, J. (1999). Risky business: health and safety in the sex industry over a 9 year period. *Sexually Transmitted Infections*, 75, 340-343.
- Ward, H., Day, S., Green, A., Cooper, K. y Weber, J. (2004). Declining prevalence of STI in the London sex industry, 1985 to 2002. *Sexually Transmitted Infections*, 80, 374-378

- Ware, J.E. (1987). Standards for validating health measures: definition and content. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 473-480.
- Ware, J.E. y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-83.
- Warr, D.J. y Pyett, P.M. (1999). Difficult relations: sex work, love and intimacy. *Sociology of Health & Illness*, 21(3), 290-309.
- Weinstein, N. (1988). The Precaution Adoption Process. *Health Psychology*, 7(4), 355 -386.
- Weitzer, D. (2005). New directions in research on prostitution. *Crime, Law & Change*, 43, 211-235.
- WHOQOL Group (1991). *Assessment of Quality of Life in Health Care*. Geneva: World Health Organization.
- WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHO QOL-BREF. Quality of Life Assessment 1998. *Psychological Medicine.*, 28, 551-558.
- WHOQOL Group. (1995). *Measuring quality of life: the development of the world Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL)*. Geneva: World Health Organization.
- Williamson, C. y Folaron, G. (2001). Violence, risk and survival strategies of street prostitution. *Western Journal of Nursing Research*, 23(5), 463-475.
- Wong, W.C., Holroyd, E.A., Gray, A. y Ling, D.C. (2006). Female street sex workers in Hong Kong: moving beyond sexual health. *Journal of Women's Health*, 15(4), 390-9.
- Yanguas, J.V. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Premio IMSERSO "Infanta Cristina" 2004. Colección Estudios Serie Personas Mayores. N.º 11002. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Zimmerman, C., Hossain, M., Yun, K., Gajdadziev, V., Guzun, N., Tchomarova, M., Ciarrocchi, R.A., Johansson, A., Kefurtova, A., Scodanibbio, S., Motus, M.N., Roche, B., Morison, L. y Watts, C. (2008). The health of trafficked women: a survey of women entering posttrafficking services in Europe. *Am J Public Health*, 98(1), 55-9.

# ANEXO

## Cuestionario: Calidad de Vida de las Mujeres que ejercen la prostitución

Encuestador/a

Número de Entrevista

Fecha

Lugar/Municipio

### VARIABLES SOCIAL-DEMOGRAFICA

1. Nacionalidad

- europeas occidentales (españolas y portuguesas),
- latinoamericanas
- africanas.

europeas orientales o del Este,

2. Edad ¿Cuántos años tiene?

3. Estado Civil

- Casada
- Soltera
- Divorciada,  
Separada,  
Viuda

4. ¿Actualmente tienes pareja estable (más de 6 meses)?

- Si
- No

5. ¿Tienes hijos?

- Si
- No

6. ¿Número de hijos?

- ninguno
- 1
- 2
- 3
- 4 ó más

7. Formación académica: ¿Qué estudios has terminado?

- Sin estudios
- Primarios (la educación básica, EGB, la Primaria)
- Secundarios (la Eso. Bachiller, FP)
- Universitarios

### VARIABLES ASOCIADAS A LAS MUJERES INMIGRANTES

8. ¿Cuánto tiempo llevas viviendo en España?

9. ¿Tienes la documentación en regla?

- Si
- No

10. ¿Cómo has regularizado tu situación?

11. ¿Estás empadronada?

- Si
- No

12. ¿Tienes tarjeta sanitaria?

- Si
- No

13. ¿Por qué decidiste emigrar?

- Problemas económicos graves
- Cambio de vida, de trabajo
- Problemas políticos
- Problema familiar (violencia)
- Por decisión propia
- Por viajar y conocer España
- Otros causas

14. Experiencia laboral en España

15. Experiencia laboral en el país de origen

### VARIABLES ASOCIADAS AL EJERCICIO DE LA PROSTITUCIÓN

16. ¿Dónde empezaste a ejercer la prostitución?
17. ¿Cuántos años llevas ejerciendo la prostitución?
18. Actualmente ¿Cuántas días a la semana dedicas a esta actividad?
19. Actualmente, ¿Cuántas horas al día dedicas a esta actividad?
20. Actualmente ¿Cuántos servicios tienes en un día normal de semana?
21. Actualmente ¿Cuánto ganas de media al mes en euros?
22. Actualmente ¿Cuánto cuesta un servicio normal con un cliente?
23. ¿Por qué motivos estás en esta actividad? (Se puede marcar más de 1 respuesta)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Para mantener a la familia      | <input type="checkbox"/> Para pagar deudas             |
| <input type="checkbox"/> No encuentro otro trabajo mejor | <input type="checkbox"/> Me obligan                    |
| <input type="checkbox"/> Se gana más                     | <input type="checkbox"/> Consumo de drogas y/o alcohol |
| <input type="checkbox"/> Porque quiero                   | <input type="checkbox"/> Otros                         |
| <input type="checkbox"/> No tengo papeles                |  |
24. ¿Por qué causas abandonarías la prostitución? (Se puede marcar más de 1 respuesta)
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Encontrar un trabajo aunque se gane menos dinero   | <input type="checkbox"/> Cuando pague las deudas                     |
| <input type="checkbox"/> Encontrar un trabajo donde se gane lo mismo dinero | <input type="checkbox"/> Cuando me canse, quiera...                  |
| <input type="checkbox"/> Reunir suficiente dinero                           | <input type="checkbox"/> Cuando deje de consumir drogas y /o alcohol |
| <input type="checkbox"/> Cuando tenga papeles                               | <input type="checkbox"/> Otros                                       |
25. ¿Es peligrosa esta actividad?
- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|
26. Mientras estás en esta actividad, ¿Qué cosas temes o te producen inquietud
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades                        | <input type="checkbox"/> Cliente bajo el efecto de las drogas. |
| <input type="checkbox"/> Contagio VIH                        | <input type="checkbox"/> Peticiones desagradables              |
| <input type="checkbox"/> El cliente no quiere usar el condón | <input type="checkbox"/> Clientes ebrios                       |
| <input type="checkbox"/> Rotura del condón                   | <input type="checkbox"/> Otros temores                         |
| <input type="checkbox"/> Violencia, agresiones del cliente   |  |
27. En el último año: ¿Has sufrido malos tratos físicos?
- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|
28. ¿por parte de quién?
- |                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clientes | <input type="checkbox"/> compañera |
| <input type="checkbox"/> Jefes/as |                                    |
29. ¿Has sufrido malos tratos psicológicos?
- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|
30. ¿por parte de quién?
- |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clientes | <input type="checkbox"/> compañeras |
| <input type="checkbox"/> Jefes/as |                                     |
31. Has sufrido abusos sexuales y o violaciones desde que está en esta actividad?
- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|



## VARIABLES RELACIONADAS CON LA SALUD

En el último año

32. En general dirías que tu salud es:  
 Excelente      Buena      Regular      Mala
33. ¿Has tenido enfermedades importantes en tu vida?  
 Sí       No
34. En caso afirmativo indicar cuáles
35. ¿Has tenido enfermedades relacionadas con las ITS?  
 Sí       No
36. Tipo de ITS más habituales que has padecido o padeces:  
 Sífilis       Herpes genital  
 Gonorrea       Cándidas  
 Verrugas genitales       Otras ITS  
 Clamideas
37. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que se hizo la última prueba del VIH?  
 Hace menos de 1 año       Hace más de un año
38. ¿Tienes problemas de sueño?  
 Sí       No
39. ¿Qué problemas de sueño padeces?  
 Dormir pocas horas       Dormir demasiadas horas  
 Problemas para conciliar el sueño       Despertarse muchas veces
40. ¿Cuántas comidas haces al día habitualmente?  
 las 3 principales       sin horario  
 2 comidas       otros  
 1 comida
41. ¿Cuál de estas actividades realizas en tu tiempo libre de forma habitual?  
 Casi inactiva (leer, ver la TV, cine, arreglo personal....)       Actividad física en un gimnasio  
 Caminar o pasear       otras
42. ¿Con qué frecuencia has consumido bebidas alcohólicas durante el último mes?  
 diariamente       1-2 días  
 ocasionalmente       4-6 días  
 Una vez al mes
43. ¿Eres fumadora?  
 Sí       No
44. ¿Alguna vez en tu vida te has inyectado alguna droga?  
 Sí       No
45. ¿Consumes actualmente alguna otra droga ilegal?  
 Sí       No
46. Tipo de drogas:  
 Marihuana       Antidepresivos  
 Cocaína       Tranquilizantes  
 Estimulantes       Otras (especificar)

## **Batería de Cuestionarios:**

### **1. Calidad de Vida WHOQOL-BREF**

Este cuestionario sirve para conocer tu opinión acerca de tu calidad de vida, tu salud y otras áreas de tu vida. Por favor, contesta a todas las preguntas. Si no estás segura sobre qué respuesta dar a una pregunta, escoge la que te parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser tu primera respuesta. Ten presente tu modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Te pedimos que pienses en tu vida en tus dos últimas semanas.

Puntúa tus respuestas en función de los siguientes números:

1: Muy mal. 2: Poco. 3: Lo normal. 4: Bastante bien. 5: Muy bien.

1. ¿Cómo puntuarías tu calidad de vida?
2. ¿Cómo estás de satisfecha con tu salud?
3. ¿En qué medida piensas que el dolor (físico) te impide hacer lo que necesitas?
4. ¿Cuánto necesitas cualquier tratamiento médico para funcionar en tu vida diaria?
5. ¿Cuanto disfrutas de la vida? (Felicidad, paz y satisfacción con la vida)
6. ¿En qué medida sientes que tu vida tiene sentido?
7. ¿Cuál es tu capacidad de concentración?(Pensamiento, memoria, concentración y aprendizaje)
8. ¿Cuánta seguridad sientes en tu vida diaria? (libertad y seguridad física y grado de recursos para proteger tu seguridad)
9. ¿Cómo es de saludable el ambiente físico de tu alrededor? (Calidad del ambiente del hogar, del vecindario y del trabajo)
10. ¿Tienes energía suficiente para la vida diaria?
11. ¿Eres capaz de aceptar tu apariencia física?
12. ¿Tienes suficiente dinero para cubrir tus necesidades?
13. ¿Tienes disponible la información que necesitas para tu vida diaria?(adquirir conocimientos y tener noticias )
14. ¿Hasta que punto tienes oportunidad de realizar actividades de ocio?
15. ¿Eres capaz de desplazarte de un lugar a otro? (Capacidad para desplazarte de un sitio a otro independientemente de los medios que utilice)
16. ¿Cómo estás de satisfecha con tu sueño? (Cantidad y calidad de su sueño)
17. ¿Cómo estás de satisfecha con tu habilidad para realizar tus actividades de la vida diaria? (cuidado propio y de la propiedad adecuado)
18. ¿Cómo estás de satisfecha con tu capacidad de trabajo? (Con la energía y la motivación para el trabajo)
19. ¿Cómo estás de satisfecha contigo misma? (Con su forma de relacionarse, su educación, su valía, su dignidad)
20. ¿Cómo estás de satisfecha con tus relaciones personales? (Contacto social y capacidad de comunicación)
21. ¿Cómo estás de satisfecha con tu vida sexual? (Necesidad y deseo por mantener relaciones sexuales)
22. ¿Cómo estás de satisfecha con el apoyo de tus amigos/as? (Amistad, compromiso y apoyo de amigos/as)
23. ¿Cómo estás de satisfecha con las condiciones del lugar donde vives?
24. ¿Cómo estás de satisfecha con el acceso que tienes a los servicios sanitarios?(Accesibilidad a SS Sanitarios y SS)
25. ¿Cómo estás de satisfecha con tu forma de transporte? (Facilidad para usar un medio de transporte, sea el q sea)
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

## **2. Salud general GHQ- 28**

Recuerda que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuviste en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias. ÚLTIMAMENTE:

### A. Síntomas Somáticos.

A.1. ¿te has sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Mejor que lo habitual Igual que lo habitual Peor que lo habitual

Mucho peor que lo habitual

A.2. ¿Has tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

A.3. ¿te has sentido agotada y sin fuerzas para nada?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual.

A.4. ¿Has tenido sensación de que estaba enferma?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

A.5. ¿Has padecido dolores de cabeza?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

B.5. ¿te has asustado o ha tenido pánico sin motivo?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual.

B.6. ¿Has tenido sensación de que todo se le viene encima?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual.

.7. ¿te has notado nerviosa y "a punto de explotar" constantemente?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual.

### C. Disfunción social.

C.1. Te las has arreglado para mantenerse ocupada y activa?

Más activo que lo habitual Igual que lo habitual Bastante menos que lo habitual

Mucho menos que lo habitual

C.2. ¿te cuesta más tiempo hacer las cosas?

Menos tiempo que lo habitual Igual que lo habitual Más tiempo que lo habitual Mucho más tiempo que lo habitual

C.3. ¿Has tenido la impresión, en conjunto, de que estás haciendo las cosas bien?

Mejor que lo habitual Igual que lo habitual Peor que lo habitual

Mucho peor que lo habitual

D.4. ¿Has pensado en la posibilidad de "quitarte de en medio"?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

D.5. ¿Has notado que a veces no puedes hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

D.6. ¿Has notado que desea estar muerta y lejos de todo?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

D.7. ¿Has notado que la idea de quitarte la vida te viene repentinamente a la cabeza?

Claramente, no Me parece que no Se me ha cruzado por la mente

Claramente, lo he pensado

### **3. Apoyo social percibido DUKE-UNC**

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elige para cada una la respuesta que mejor refleje tu situación, según los siguientes criterios:

- 1: mucho menos de lo que deseo      2: menos de lo que deseo      3: ni mucho ni poco  
4: casi como deseo      5: tanto como deseo

- 1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares
- 2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa
- 3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo
- 4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede
- 5.- Recibo amor y afecto
- 6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa
- 7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares
- 8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos
- 9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas
- 10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida
- 11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama

### **4. Disfunción familiar APGAR familiar**

Elige para cada una la respuesta que mejor refleje tu situación, según los siguientes criterios:

0. Casi nunca;    1. A veces;    2. Siempre.

1. ¿Estás satisfecha con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?
2. ¿Conversáis entre vosotros los problemas que tienen en casa?
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?
4. ¿Estás satisfecha con el tiempo que tú y tu familia pasáis juntos?
5. ¿Sientes que tu familia te quiere?

### **5. Cuestionario de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachussets – MGH**

Por favor, responde todas las preguntas marcando la respuesta correcta o la respuesta que te parece más adecuada en tu caso

- 1: Más de lo normal      2: Normal      3: Mínimamente disminuido  
4: Moderadamente disminuido    5: Marcadamente disminuido    6: Totalmente ausente

1. ¿Cómo ha estado tu interés sexual durante el último mes?
2. ¿Cómo ha estado tu capacidad para conseguir estimulación o excitación sexual en el último mes?
3. ¿Cómo ha estado tu capacidad para conseguir el orgasmo en el último mes?
5. ¿Cómo calificarías tu satisfacción sexual en general en el último mes?

Se sustituye la pregunta 4 del cuestionario (dirigida a varones) por la siguiente pregunta:

4. ¿Cómo te afecta o repercute el ejercicio de la prostitución en tu vida sexual privada?
- |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1: No me afecta nada                | 4: Me afecta bastante               |
| 2: Me afecta ligeramente (muy poco) | 5: Me afecta mucho                  |
| 3: Me afecta moderadamente (algo)   | 6: Me afecta demasiado (totalmente) |

