

LA PROSTITUCIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Sánchez Blanco, Elena
Departamento de Teoría de la Señal y Comunicación
Universidad de Vigo
elenasan80@hotmail.com

RESUMEN:

Después del género, la pobreza es el segundo factor de riesgo asociado con la prostitución (Davidson. 1998), siendo la vulnerabilidad económica y las limitadas opciones vitales importantes factores que inducen a la misma. La feminización de la pobreza que provoca la falta de oportunidades de las mujeres, establecen las características diferenciales del perfil de la Persona en Prostitución (PEP) como mujeres, inmigrantes, con bajo nivel educativo, pocos recursos económicos y en situación irregular. El 76,9 % de las mujeres estudiadas eran inmigrantes, mayoritariamente de Latinoamérica (35,1 %), con edades comprendidas entre los 18 – 25 años (17,79 %), con una media de edad de 27 años, y con estudios primarios (58,7 %). Tan solo el 13,5 % de las mujeres estudiadas, afirmaron utilizar siempre el preservativo en las relaciones con los clientes, y más de la mitad de ellas (60,6 %) digeron no utilizar nunca el preservativo en sus relaciones en el ámbito privado. El 71,6 % consumen tabaco, el 92,3 % alcohol y el 29,3 % drogas no inyectables mayoritariamente durante el ejercicio de la prostitución, mientras que el 16,3 % consumen drogas inyectables independientemente del ejercicio, lo cual demuestra que la mayoría de estas prácticas son derivadas del ejercicio mismo de la prostitución.

1. INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista de los derechos humanos, debemos ser capaces de entender y reflexionar acerca de la condición de género que ha llevado a la humanidad a lo largo de la historia, a construir una realidad social basada en la desigualdad y la subordinación de las mujeres, por medio de la creación de dos identidades bien diferentes, la masculina y la femenina, que otorga un estatus y beneficios sociales a un individuo y desvaloriza al otro, considerados inmutables hasta hace pocas décadas. En los últimos años diferentes estudios, demuestran que las pautas o realidades de género, establecidas por una socialización diferencial, no son idénticas a lo largo de la historia, visibilizando que las desigualdades existentes entre hombres y mujeres, no tienen que ver con la biología, sino que son una construcción social y cultural de cada género, que la sociedad ha manejado a su antojo, y por consiguiente, se pueden modificar. (Pérez JM, Montalvo A. 2011).

Según la perspectiva desde la que se analice el fenómeno de la prostitución, esta puede considerarse un problema de salud pública, un problema legal, un asunto ético o moral, violencia de género o una violación de los derechos humanos. (Montañés P, Moyano M. 2006) (Krug EG et al. 2002).

En palabras de Pheterson, la prostitución *“es un prisma a través del cual se obtiene una mirada diferente del funcionamiento de la cultura, y pone al descubierto sus contradicciones, sus temores y sus tabúes”*. (Juliano D. 2002)

La prostitución como fenómeno social, conocido desde muy antiguo, ha existido en todos los pueblos y regiones del mundo bajo diversas formas de expresión, pero, a lo largo de los tiempos, se ha ido modificando según las ideas y/o costumbres religiosas, políticas o sociales de la época, sustentándose en muchos de los casos en la moral social existente, pero manteniendo la esencia misma del fenómeno como tal, *“la reducción más sistemática e institucionalizada de las mujeres a un sexo”*. (Barry, K. 1995)

La UNESCO, a través de la representación de Entidades y organismos que luchan contra la discriminación de la mujer propone que *“la prostitución no es una expresión de libertad sexual, sino que tiene que ver casi siempre con la violencia, la marginación, la dificultad económica y la cultura sexista y patriarcal”*. Así mismo, un documento, emitido por la ONU en 1992, reconoce el impacto de la prostitución sobre las mujeres diciendo: *“Reduciendo a las mujeres a una mercancía susceptible de ser comprada, vendida, apropiada, intercambiada o adquirida, la prostitución ha afectado a las mujeres en tanto que grupo. Ha reforzado la ecuación establecida por la sociedad entre mujer y sexo, que reduce a las mujeres a una menor humanidad y contribuye a mantenerlas en un estatuto de segunda categoría en todo el mundo”*.⁶ (Tomasevski, K. Women. 1993)

Llegados hasta aquí, la pregunta obligada sería la siguiente, ¿Es la prostitución, como institución social que afecta y atañe a todas las mujeres y hombres, un modelo social legítimo de relaciones humanas?

En la actualidad, la prostitución afecta a cerca de 4 millones de personas en el mundo según datos de la ONU, de las cuales el 90 % son mujeres, y está considerado como el tercero negocio más lucrativo, y que más dinero ingresa en las arcas de los estados, después del tráfico de

armas y el tráfico de drogas. Según el informe elaborado por las Cortes Generales en el año 2007 los españoles se gastan alrededor de 50 millones de euros al día en prostitución, lo cual se ha calculado en torno a un 2% del PIB del Estado. ⁷ (Servizo Galego de Igualdade. 2004) ⁸ (Alecrín. 2006). Desde esta perspectiva, la prostitución, como una forma de Violencia contra las Mujeres, es una estrategia clave para mantener el control masculino, no solo desde el ámbito doméstico o privado, sino desde la esfera pública, lo cual garantiza la continuidad de un orden de valores establecidos por razón de género, mantenido durante décadas por el imaginario masculino, y como un importante mecanismo de control y poder sobre las mujeres en el que el que paga manda. (Pérez JM, Montalvo A. 2011) (Juliano D. 2002). El rechazo social generalizado hacia las mujeres que ejercen la prostitución, y la permisividad, y en algunos casos benevolencia, hacia el consumidor, hace difícil construir un examen crítico de responsabilidad sobre las personas usuarias de prostitución, y por el contrario, otorga privilegios sexuales masculinos y estigmatiza a la mujer prostituida.

2. EL FENÓMENO DE LA PROSTITUCIÓN

2.1. PERFIL DE LA PERSONA EN PROSTITUCIÓN

Según diferentes estudios, el perfil de la persona prostituida (PEP), es de mujer, inmigrante, de entre 26-29 años, con un nivel académico medio-alto, de pocos recursos económicos, con grandes cargas familiares, normalmente en el país de origen, y en situación irregular en la mayoría de los casos, aunque dichas variables se van modificando adaptándose a las diferentes situaciones socioeconómicas existentes en los países de origen de estas mujeres. (Alecrín. 2006) (APRAM, fundación mujeres. 2005) (Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres. 2003)

La feminización de la pobreza que provoca la falta de oportunidades de las mujeres, causada por situaciones tales como la carencia de recursos económicos, el difícil acceso a la educación, las cargas familiares o incluso la pobreza extrema, establecen las características diferenciales del mencionado perfil, y hacen que la gran mayoría de las personas que se prostituyen sean mujeres migrantes, las cuales, para hacer frente a la difícil situación que viven en sus países de origen, se ven avocadas a emigrar en busca de una vida mejor. (APRAM, fundación mujeres. 2005). Según las aportaciones de Davidson (1998), después del género, la pobreza es el segundo factor de riesgo asociado con la prostitución, siendo la vulnerabilidad económica y las limitadas opciones vitales importantes factores que inducen a la misma.

En lo que se refiere al contexto sociodemográfico del fenómeno de la prostitución en España, y más concretamente en Galicia, es importante señalar el cambio en su composición que se ha sucedido en los últimos años, causado posiblemente, y como se ha mencionado anteriormente, por las variaciones en las condiciones socioeconómicas de los respectivos países de origen. Mientras que en los años 80 la presencia de mujeres españolas y portuguesas era mayoritaria, desde los años 90 y hasta la actualidad, los fenómenos migratorios, han dado lugar al establecimiento de grandes poblaciones de mujeres extranjeras, pasando a convertirse en el grupo más representativo de este colectivo. En la actualidad la población de mujeres inmigrantes oscila en torno a un 80 – 90 % de la población prostituida, realmente muy elevada en comparación con la representación de la población Española dedicada al ejercicio de dicha actividad. (Alecrín. 2006) (Rodríguez MA et al. 2002)

En España, según fuentes gubernamentales (datos dados por los cuerpos de seguridad del estado) existen alrededor de unas 200.000 mujeres ejerciendo la prostitución. A pesar de que no

existen datos oficiales sobre el número de personas que ejercen la prostitución a nivel de comunidad autónoma, según datos de las diferentes asociaciones dedicadas a la intervención directa con dicho colectivo, se puede estimar la existencia actual de entre 8.000 a 10.000 mujeres (flujo anual) en prostitución en Galicia, según datos no publicados por las distintas ONGs que trabajan con PEP, si bien, la elevada movilidad geográfica del colectivo, impide la obtención de datos concretos y fiables por posibles duplicados en la contabilización de las mismas. (Gómez A, Pérez S. 2010).

Basándonos en los datos estadísticos recogidos en la encuesta de población activa del INE (instituto nacional de estadística), podríamos señalar como población extranjera mayoritaria en Galicia a las mujeres portuguesas, hecho explicado por la proximidad geográfica de ambas regiones. Siguiendo muy de cerca a dicha nacionalidad se encuentra las brasileiras, las colombianas, las africanas y como representación mayoritaria de los países Europeos, las rumanas. Dichos datos estadísticos, serían fácilmente extrapolables a la población femenina prostituida en nuestra Comunidad, y explicaría su separación en tres grandes grupos prioritarios, las mujeres procedentes de Latinoamérica, las africanas, y las procedentes de los países del Este. Las mujeres procedentes de Sudamérica son las más representativas dentro de este colectivo en nuestra comunidad, siendo claramente mayoritarias las de procedencia brasileira, seguidas muy de cerca por las colombianas (que desplazaron a las dominicanas, muy presentes en la pasada década) e incluso las venezolanas, aunque con menor representación. También nos podemos encontrar, aunque en menor medida, con mujeres procedentes de países como Argentina, Chile, Perú, y Uruguay, si bien, en los últimos años, la presencia de mujeres procedentes de Paraguay ha ido en aumento de manera muy significativa.

Es importante tener en cuenta, que los cambios en la población estudiada son constantes debido a las diferentes situaciones socioeconómicas de su país de origen, por lo que se suelen producir grandes cambios en pequeños espacios de tiempo. (Servizo Galego de Igualdade. 2004).

El segundo grupo de mujeres más representado es el procedente de los países africanos, principalmente de Nigeria, aunque también nos podemos encontrar con representaciones de países como Cabo Verde, Angola, Guinea y Sierra Leona. (Servizo Galego de Igualdade. 2004). El grupo de mujeres procedentes de los Países del Este, constituye en la actualidad el que mayor aumento ha presentado en los últimos años, pudiendo aventurar un incremento del mismo por encima de las mujeres procedentes del continente Africano, difícil de asegurar por falta de datos recientes. Dentro de este grupo, destacan principalmente las mujeres procedentes de Rumania, población que desde su reciente incorporación a la Unión Europea ha ido en aumento, aunque también existe representación de algunos otros países del este como Bulgaria, Lituania, Hungría, Ucrania, Rusia, Letonia e incluso Polonia. (Servizo Galego de Igualdade. 2004).

Según los datos de la última memoria de la Asociación Faraxa, durante el año 2010 fueron intervenidas un total de 1856 mujeres prostitutas en los diferentes ámbitos prostitucionales de las provincias de Ourense y Pontevedra. Se visitaron un total de 43 Clubs, 74 pisos y el barrio de la provincia de Pontevedra donde fueron intervenidas 1018 mujeres; y 76 clubs, 21 pisos y el barrio de la provincia de Ourense con un total de 838 mujeres intervenidas.

2.2. PROBLEMAS ASOCIADOS AL EJERCICIO DE LA PROSTITUCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define que «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» definición que no ha sido modificada desde 1948, por lo que deberíamos tener en cuenta, que al no poder ser

definida como la mera “ausencia de enfermedad”, es importante alcanzar una serie de estados y condiciones a nivel físico, psicológico y social que nos permitirían gozar de ella.

Tras diferentes estudios sobre el estado de salud de las mujeres que ejercen la prostitución, varios autores y/o autoras defienden la elevada vulnerabilidad de dicho colectivo a padecer problemas sanitarios asociados al mismo ejercicio, como problemas físicos, psicológicos y/o problemas sociales de estigmatización y desarraigo social.

A la hora de hablar de las posibles secuelas psicológicas que sufren las mujeres que ejercen o han ejercido la prostitución, deberíamos mencionar los trabajos de Melissa Farley, en los que muestra que el 57 % de las 130 mujeres prostitutas entrevistadas habían padecido abusos sexuales en la infancia, y que un 49 % habían sufrido malos tratos físicos por parte de sus personas cuidadoras. (Farley M. et al. 1998).

Algunas de las consecuencias psicológicas que sufren las mujeres derivadas de su ejercicio mencionadas por diferentes autores y/o autoras son (Farley M, Barkan H. 1998), una fuerte disociación de la personalidad, desapropiación del propio deseo sexual, deterioro de las relaciones sexuales (disfunciones sexuales), tendencias a negar la realidad o a recortarla/modificarla, ansiedad referida a la sexualidad masculina, temor a las relaciones interpersonales, resentimiento, fobias, conductas compulsivas, dependencia afectiva, falta de expectativas, etc... Así mismo, según diferentes estudios, las mujeres prostitutas tras el abandono del ejercicio sufren el llamado Estrés Postraumático con episodios de evocación de acontecimientos traumáticos, pánico intenso, insomnio, irritabilidad, sobresalto, despersonalización, ansiedad, depresión, inestabilidad emocional, etc...

Además de estas consecuencias psicológicas, el ejercicio de la prostitución produce graves consecuencias de exclusión y aislamiento social, provocadas, por las características propias de la actividad, como horarios no habituales, jornadas de ejercicio astronómicas (incluso de 24 horas), aislamiento geográfico por localización de los lugares de ejercicio, etc... Todo esto unido, a la elevada estigmatización por parte del resto de la población, será causa y efecto del aislamiento y/o exclusión social que estas mujeres sufren, incluso en el propio entorno de su familia, que las empuja a un verdadero desamparo, en muchos de los casos acrecentado por desconocimiento de los recursos sociosanitarios existentes, que les impide el acceso a los servicios sociales y de salud.

Además de las consecuencias psicológicas, también debemos mencionar las consecuencias físicas derivadas del ejercicio mismo, como son hemorragias de contacto, dolores crónicos (mamas y genitales), desgarros vaginales, desgarros anales, y las consecuencias directas derivadas de las prácticas de riesgo a las que se encuentran expuestas en mayor proporción que la población general, como es la transmisión de infecciones de transmisión sexual o el abuso de sustancias. (Chattopadhyay M, Bandyopadhyay S, Duttagupta C. 1994)

Según un estudio meramente informativo realizado con mujeres en prostitución en la ciudad de Lugo, en el año 2007 por la desaparecida asociación Alecrín, dedicada a la atención e intervención directa con la mujer prostituida, se recogió que el 70,97 % de las mujeres entrevistadas afirmaron haber tenido algún tipo de problema de salud mencionados anteriormente, relacionados con el ejercicio de la prostitución en los años que llevan ejerciendo, como por algún tipo de ITS, desgarros vaginales o anales, insomnio o trastorno depresivo. Además de problemas de salud o adicción a diferentes drogas, las mujeres manifiestan sufrir episodios de violencia con asiduidad durante el ejercicio. El 47 % de las mujeres fueron víctimas

de agresiones sexuales o físicas durante el mismo, afirmando “convivir” con estas manifestaciones de violencia de forma normalizada, por lo que no es de extrañar que el 83 % de ellas afirmen “sentirse humilladas” con normalidad en la práctica prostitutiva. (Alecrín. 2006)

2.3. CONSUMO DE PROSTITUCIÓN

Como una industria oculta y lucrativa, el comercio sexual es cada vez mayor a nivel mundial (ONUSIDA, 2002). Según datos de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, (Instituto Nacional de Estadística. 2003) realizada en 2003 por el INE con la colaboración de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), a un total de 13.600 personas de entre 18 y 49 años de edad, un 27,3 % de los hombres, independientemente de grupo de edad o condición socioeconómica, han mantenido relaciones sexuales alguna vez en su vida con personas que ejercen la prostitución, aunque, solamente el 6,7% lo habían hecho en los últimos doce meses, porcentajes más elevados que los observados en otras encuesta europeas (Hubert et al. 1998) (CIS. 2009)

El 87,6 % de los hombres encuestados, expresaron haber usado preservativo en su última relación sexual con una persona prostituida, con una distribución de porcentajes según edades muy similar (97,7 % menores de 30 años, 90,1 % 30-39 años, 76,1 % 40-49 años) (INE. 2003) datos que no concuerdan con las afirmaciones de las mujeres entrevistadas en la ciudad de Lugo (Alecrín. 2006) las cuales expresan que en torno al 61,29 % de los clientes-prostituidores solicitan practicar sexo sin preservativo y que el 29,03 % de las mujeres prostituidas entrevistadas afirman “ceder” a estas exigencias.

A pesar de que un gran porcentaje de la población no considera de elevado riesgo el mantener relaciones sexuales sin protección, pues el 59 % de las personas encuestadas manifestó usar siempre preservativo con las parejas ocasionales, quedando, por tanto, un 41 % de la población expuesta a dicho contagio, tan solo el 5,4 % del total ha sido diagnosticado de alguna ITS a lo largo de su vida (excluyendo micosis y hepatitis B), siendo las más frecuentes entre las mujeres las tricomoniasis (1,1 %), las infecciones por clamidias (1 %) y el herpes genital (0,8 %), mientras que el 2,6 % de los hombres presentaron pediculosis o ladillas e infecciones gonocócicas en un 1,2 %. (INE. 2003).

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

3.1.1. OBJETIVO GENERAL

Estudio de las características sociodemográficas y condiciones asociadas al ejercicio de la prostitución en el grupo diana.

3.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estudio de las características sociodemográficas de las mujeres prostituidas.
2. Estudio de los factores asociados al ejercicio de la prostitución.
3. Estudio del conocimiento la propia salud de las mujeres prostituidas.

3.2. PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

3.2.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA

La población estimada de mujeres que ejercen la prostitución en las provincias de Ourense y Pontevedra es de aproximadamente 2087 (entre 8000 – 10.000 flujo anual en Galicia) y la prevalencia esperada de la infección por VPH es del 50 %. Para un nivel de confianza del 95 % y un error permitido del 7 % se precisará tener una muestra de 208 mujeres.

3.2.2. RECOPIACIÓN DE DATOS

Las doscientas ocho mujeres prostituidas de 18 a 49 años que participan en este proyecto fueron contactadas en las diferentes áreas de prostitución (clubes, pisos, barrio y calle) de las provincias de Pontevedra y Ourense a través de la intervención realizada por varias ONGs, y derivadas y/o acompañadas a los servicios de salud de referencia, donde fueron entrevistados y examinadas. Las participantes que asistieron a la consulta fueron previamente informadas sobre el estudio a realizar, y accedieron de manera voluntaria firmando para ello el consentimiento informado correspondiente. Fue diseñado un cuestionario “ad hoc”, de aproximadamente 15 minutos de duración, para recoger información sobre la población a estudio, y se realizó el mismo a cada una de las participantes a través de entrevistas cara a cara realizadas por el personal de salud capacitado, en un entorno confidencial durante o después del examen clínico.

3.3. VARIABLES ESTUDIADAS

Las variables estudiadas en el presente trabajo de investigación fueron:

1. Edad (años).
2. País de origen.
3. Nivel educativo (formación reglada).
4. Estado civil.
5. Convivencia actual.
6. Número de hijos/as.
7. Tiempo de ejercicio en la prostitución.
8. Conocimientos sobre su propia salud.
9. Hábitos tabáquicos.
10. Hábitos alcohólicos.
11. Uso de métodos anticonceptivos hormonales.
12. Uso del preservativo masculino durante las relaciones sexuales vaginales el ámbito privado.
13. Uso del preservativo masculino durante las relaciones sexuales vaginales con los clientes.
14. Antecedentes de ITS.
15. Conocimientos sobre la capacidad infectiva de los virus.
16. Conocimientos sobre el VIH.
17. Conocimientos sobre el VPH.
18. Antecedentes de realización de citologías vaginales (prueba de PAP).
19. Conocimientos sobre la vacuna del VPH.
20. Interés por recibir vacunación contra el VPH.
21. Quiénes son los informadores de los cuidados de salud necesarios.

3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se ha utilizado para el análisis estadístico la prueba del χ^2 , mientras que el Odd Ratio (OR) se usó para medir la intensidad de la relación existente entre cada covariable y cada uno de los distintos subtipos del virus del papiloma humano (VPH) encontrados (variable dependiente). La significación estadística fue considerada positiva si el p valor era 0,05 o menos. Usamos la regresión logística para estudiar el efecto simultáneo de varias covariables sobre los distintos subtipos de VPH. Además, nos sirvió para identificar los posibles factores que actúan como confusores. El software usado para el análisis estadístico fue el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 18.0.1.

3.5. BENEFICIARIAS DEL ESTUDIO

Las beneficiarias del estudio fueron, todas aquellas mujeres prostituidas de los distintos ámbitos prostitucionales de las provincias de Ourense y Pontevedra, interesadas en participar en el mismo, y que directa o indirectamente fueron derivadas a los servicios de salud del SERGAS. La participación de las pacientes fue voluntaria y consentida, pues antes de la inclusión de una paciente en el estudio, se la informó a través de la Hoja de Información al Paciente y acerca de los objetivos del estudio, la metodología a seguir y la confidencialidad de su identidad y de sus datos, antes de firmar el consentimiento informado para participar en el mismo.

3.6. METODOLOGÍA DE TRABAJO:

La captación de las usuarias objeto de estudio, se llevó a cabo por medio de vías diferentes:

1. Derivaciones directas de aquellas pacientes/usuarias del Centro de Planificación Familiar de Coia, que por su Historia Clínica, presentaron una elevada promiscuidad sexual y/o antecedentes de otras infecciones de transmisión sexual.
2. Derivaciones de usuarias del Servicio de Salud de la provincia de Ourense, que acudieron al mismo, bien directamente o derivadas de otras ONGs colaboradoras de la zona.
3. Derivaciones de usuarias de la Asociación Faraxa. Dicha asociación, por medio de una intervención "in situ" en los diferentes ámbitos prostitucionales de las provincias de Pontevedra y Ourense (clubes, pisos de relax, barrio y calle) a través de una unidad móvil habilitada para tal fin, y con la colaboración de las técnicas sociales de la asociación Faraxa, informó a todas las mujeres en prostitución de los diferentes ámbitos mencionados, sobre el estudio a realizar, y derivó y/o acompañó a los Servicios de Salud del SERGAS, responsables de la realización de dicho proyecto, a aquellas mujeres interesadas en la realización de las pruebas sanitarias.

La metodología de trabajo, seguida por la Asociación Faraxa, de intervención directa "in situ" en los ámbitos prostitucionales y avalado por su experiencia profesional, se fundamenta en el hecho de que dicho colectivo de mujeres prostituidas, no acude de manera voluntaria, sin el previo contacto e información por parte de las técnicas sociosanitarias, a los servicios de salud existentes en nuestra comunidad. Esto se debe, en gran medida, a que el 90 % de las mujeres prostituidas son inmigrantes, y en la mayoría de los casos en situación irregular en territorio español, por lo que, suelen desconocer las leyes del país y/o sus derechos sanitarios, lo cual, acrecentado por el miedo, les impide acudir de manera normalizada a los servicios de salud. Además, el propio aislamiento geográfico de los clubes donde estas mujeres ejercen la prostitución, impide su inserción en el tejido sanitario existente, y fomenta la realización de sus revisiones periódicas, a través de servicios privados contratados por las personas responsables de dichos locales, lo cual acrecienta en mayor medida el aislamiento y por ende el desconocimiento de los servicios públicos de salud.

3.7. TEMPORALIZACIÓN

La temporalización del proyecto, ha sido de aproximadamente tres años de duración en las provincias de Ourense y Pontevedra.

3.7.1. FASES DEL PROCESO

3.7.1.1. FASE DE CONTACTO:

Dicha fase consistió en una toma de contacto inicial, en la que se explicó las características del proyecto a cada una de las usuarias intervenidas, y se realizaron las derivaciones y/o acompañamientos pertinentes a los servicios de salud responsables de la toma de muestra para su identificación.

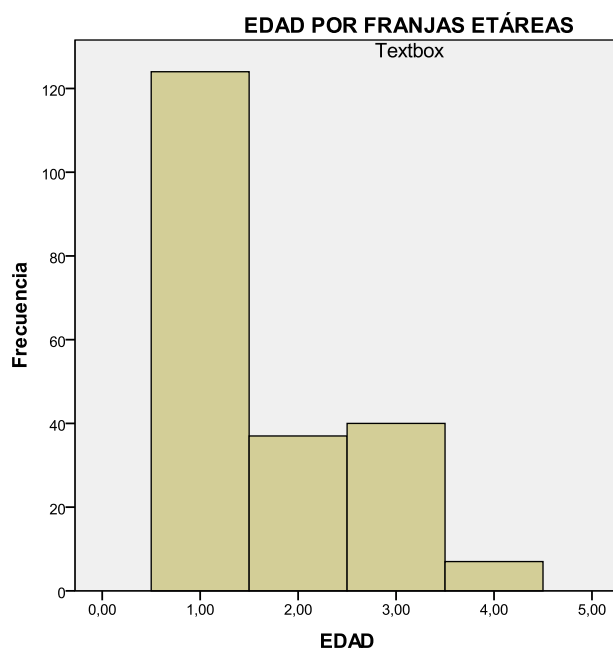
3.7.1.2. FASE DE INTERVENCIÓN:

Tras el contacto inicial con las beneficiarias del proyecto, y su posterior derivación y/o acompañamiento a los servicios de salud, se comenzó la fase de intervención propiamente dicha:

1. Realización de una historia clínica donde se recogieron los datos socio-demográficos de las pacientes (edad, sexo y país de origen), además de, antecedentes ginecológicos, embarazos anteriores, uso de métodos anticonceptivos e historia de otras ITS.
2. Estudio de calidad de vida y salud mental de las pacientes.

4. RESULTADOS

Tras la realización del estudio hemos obtenido que el 59,61 % de las mujeres estudiadas presentaron edades comprendidas entre los 18 – 25 años, el 17,79 % entre 26 – 33 años, el 19,23 % entre 34 – 41 años y el 3,37 % entre 42 – 49 años. La edad media \pm desviación estándar de las mujeres prostituidas estudiadas, teniendo en cuenta un rango inferior de 18 y uno superior de 49 años de edad, fue de 27 años; el 25 % de ellas tiene 22 años de edad o menos, el 50 % 25 o menos, y el 75 % 33 años o menos.



Si bien el grupo mayoritario de mujeres prostituidas participantes en nuestro estudio está compuesto por mujeres inmigrantes (76,9 %), las procedentes de Latinoamérica, representan el mayor porcentaje con un 35,1 %, seguido muy de cerca por las mujeres de Europa del Este (24,5 %), y España (23,1 %) y finalmente, con menor representación, se encuentran las procedentes de África con un 17,3 % del total.

Del total de mujeres el 58,7 % poseen estudios primarios, el 30,8 % estudios secundarios, y un 8,7 % poseen formación profesional superior, mientras que tan solo un 1,9 %, 4 participantes de las 208 mujeres estudiadas, poseen estudios universitarios.

Así mismo, es importante destacar que las mujeres más jóvenes están representadas en un 23,08 % por Latinoamericanas, grupo mayoritario en nuestro estudio, seguido de un 18,27 % por mujeres de Europa del Este; y que el 3,37 % de las mujeres de entre 42-49 años de edad, está representado únicamente por mujeres Españolas.

EDAD- PAÍS PROCEDENCIA						
		EDAD				TOTAL
		18-25	26-33	34-41	42-49	
PAÍS DE PROCEDENCIA	España	16 (7,69 %)	9 (4,33 %)	16 (7,69 %)	7 (3,37 %)	23,08 %
	Europa del Este	38 (18,27 %)	8 (3,85 %)	5 (2,40 %)	0 (0 %)	24,52 %
	Latinoamérica	48 (23,08 %)	12 (5,77 %)	13 (6,25 %)	0 (0 %)	35,1%
	África	22 (10,58 %)	8 (3,85 %)	6 (2,88 %)	0 (0 %)	17,31 %
TOTAL		124 (59,61 %)	37 (17,79 %)	40 (19,23 %)	7 (3,37 %)	100 %

Relacionando la edad, el país de procedencia y el nivel de estudios, podemos decir que las mujeres mayoritarias en nuestro estudio, son las mujeres inmigrantes (76,9%), de entre 18-25 años de edad (59,62 %), y con estudios primarios (58,7 %).

NIVEL DE ESTUDIOS			PAÍS DE PROCEDENCIA				TOTAL
			ESPAÑA	EUROPA DEL ESTE	AMÉRICA LATINA	AFRICA	
ESTUDIOS PRIMARIOS	EDAD	18-25 años	8	24	29	15	76
		26-33 años	0	3	4	8	15
		34-41 años	10	4	8	4	26
		42-49 años	5	0	0	0	5
		Total	23	31	41	27	122
ESTUDIOS SECUNDARIOS	EDAD	18-25 años	4	10	16	4	34
		26-33 años	9	5	5	0	19
		34-41 años	4	1	4	1	10
		42-49 años	1	0	0	0	1
		Total	18	16	25	5	64
MÓDULOS SUPERIORES	EDAD	18-25 años	3	1	3	3	10
		26-33 años	0	0	3	0	3
		34-41 años	2	0	1	1	4
		42-49 años	1	0	0	0	1
		Total	6	1	7	4	18
UNIVERSIDAD	EDAD	18-25 años	1	3			4
		Total	1	3			4

En relación al estado civil, el 26 % de las participantes están separadas/divorciadas, el 35 % casadas, y el 40,2 % solteras, y de ellas, el 20,1 % vive sola en la actualidad, el 47,5 % con pareja, y el 33,3 % con compañeras de su mismo sexo. Así mismo, el 28,8 % no tiene hijos/as (60 usuarias), el 55,8 % tienen 1 solo hijo/a (116 usuarias), el 10,6 % 2 (22 usuarias), y el 4,8 % tienen 3 o más hijos/as (10 usuarias).

En cuanto al tiempo de ejercicio de las participantes, podemos decir que el 35,1 % de las mismas llevan ejerciendo de 1 a 3 años, el 39,4 % de ellas de 4 a 6 años y el 25 % más de 6 años. Así mismo, como cabría esperar, tras relacionar el tiempo de ejercicio con la edad de las mujeres estudiadas, las mujeres de mayor edad representan el grupo que lleva más tiempo ejerciendo la prostitución y entre ellas, el grupo de mujeres Españolas de edades comprendidas entre los 42 y 49 años.

	AÑOS DE EJERCICIO	EDAD				TOTAL
		18-25	26-33	34-41	42-49	
ESPAÑA	1-3 años	12	4	1	3	20
	4-6 años	4	3	7	1	15
	> 6 años	0	2	7	3	12
	TOTAL	16	9	16	7	48
EUROPA DEL ESTE	1-3 años	10	2	2		14
	4-6 años	19	3	1		23
	> 6 años	9	3	2		14
	TOTAL	38	8	5		51
LATINOAMÉRICA	1-3 años	22	2	6		30
	4-6 años	19	5	3		27
	> 6 años	7	5	4		16
	TOTAL	48	12	13		73
ÁFRICA	1-3 años	6	2	1		9
	4-6 años	11	4	2		17
	> 6 años	5	2	3		10
	TOTAL	22	8	6		36

En cuanto a las variables que nos informan sobre el estado de salud del grupo diana estudiado, hemos podido constatar, en primer lugar, que el 54,3 % de las usuarias, tienen un conocimiento escaso, el 42,8 % aceptable y el 2,9 % bueno sobre su propio estado de salud. También hemos comprobado que, el 65,4 % de las mujeres acuden a las diferentes ONGs de sus ciudades para informarse sobre los diferentes cuidados de salud y acceso a los mismos, mientras que un 18,8 % y 15,9 %, se informan respectivamente, bien a través de familiares y amistades o de internet y/o medios de comunicación.

A pesar de que más del 90 % de las mujeres encuestadas expresaron mantener relaciones sexuales con penetración vaginal, tanto con los clientes como en el ámbito privado, tan solo el 13,5 % de las 208 mujeres estudiadas, afirman utilizar siempre el preservativo en dichas relaciones con los clientes, mientras que el 65,9 %, dicen utilizarlo ocasionalmente, y el 13,5 % expresan no utilizar nunca el preservativo masculino en las mencionadas prácticas. En cuanto a las relaciones en el ámbito privado, podemos señalar que más de la mitad de las encuestadas (60,6 %) dicen no utilizar nunca preservativo en sus relaciones vaginales, frente al 4,8 % que manifiestan utilizarlo siempre y el 34,6 % ocasionalmente. Adicionalmente, el 62 % de ellas, nunca han utilizado métodos anticonceptivos hormonales, frente al 38 % que dicen usarlos ocasionalmente.

Según los resultados obtenidos, el consumo de sustancias es bastante frecuente entre las mujeres prostituidas, sobre todo durante el ejercicio mismo de la prostitución. El 71,6 % de las encuestadas consumen tabaco (41,3 % ocasionalmente y 30,3 % frecuentemente), frente al 28,4 % que no; el 92,3 % consumen alcohol (82,2 % ocasionalmente y 10,1 % habitualmente) frente al 7,7 % que no lo consumen; y el 29,3 % consumen drogas no inyectables frente al 70,7 % que no las consumen. El 16,3 % dicen consumir drogas inyectables de manera habitual, aunque dicho consumo no guarda ninguna relación con el ejercicio mismo de la prostitución. De igual forma, según los datos extraídos de nuestro estudio, el 57,7 % de las mujeres prostituidas afirman consumir algún tipo de psicotrópico de manera habitual, sobre todo antidepresivos y ansiolíticos.

El conocimiento de las participantes del estudio sobre la infección producida por el VIH es del 85,6 %, pero, tan solo el 41,3 % de ellas conoce la infección producida por el VPH, si bien es cierto, que el 45,2 % saben la relación existente entre la infección por determinados tipos de virus y el desarrollo de lesiones neoplásicas varias. De igual forma, del total de 208 mujeres encuestadas, 92 (44,9 %) de ellas han oído hablar alguna vez en su vida sobre la vacuna contra el VPH, y a pesar de que no todas disponían de tal información, 171 de estas 208 mujeres (82,21 %) quisieran ser tratadas. Aunque tan solo el 3% de ellas fueron vacunadas en ese momento, se ha podido constatar que las mujeres que expresaron no querer vacunarse, muestran ciertas dudas sobre la nueva vacuna o no poseen suficiente dinero para poder hacerle frente. Para la mayoría de las mujeres, las recomendaciones dadas por las voluntarias/os de las ONGs fueron las principales influencias para decidir ser vacunadas.

5. DISCUSIÓN

Las mujeres prostituidas presentan unas características sociodemográficas distintas del resto de la población general, sobre todo en relación a su comportamiento sexual y el conocimiento y la búsqueda de su propia salud. (J del Amo et al. 2005)

Como podemos observar según nuestros resultados, relacionando la edad, el país de procedencia y el nivel de estudios de la población diana analizada, podríamos decir que las mujeres mayoritarias en nuestro estudio, se encuentran representadas por las mujeres inmigrantes, de entre 18 - 25 años de edad, y con estudios primarios, al igual que se refleja en otros estudios analizados. (Velas MJ. Et al. 2004) (Luis A. et al. 2001) (Belza M.J. et al. 2003)

Este fenómeno puede ser debido al cambio poblacional vivido en las últimas décadas motivado por los flujos migratorios de mujeres inmigrantes que se sucedieron en los países europeos (European Project AIDS and Mobility. 2001), que se han extendido al territorio español, donde existe una gran proporción de mujeres inmigrantes sobre todo provenientes del sur de America (Rodríguez MA et al. 2002) (Belza MJ. 2005), y concretamente a la comunidad gallega, y que han dado lugar a un aumento de la representación de dicha población en el colectivo de prostitución, desplazando a las mujeres españolas y a las procedentes de Portugal, para dar mayor representación sobre todo a las latinoamericanas desde los años 90 hasta nuestros tiempos. Así, mientras que a principios de los años noventa la proporción de mujeres inmigrantes que ejercía la prostitución era algo menor del 35%, en la actualidad supera el 80% (The EPI-VIH Study Group. 2002) (Rodríguez MA et al. 2002) (Vioque J et al. 1998).

Según los datos obtenidos en nuestro estudio, el grupo mayoritario de mujeres prostituidas está compuesto por las de entre 18 – 25 años de edad (59,61 %), y el minoritario por las mujeres de 42 años o más (3,37 %), resultados muy similares a los presentados en otros estudios realizados a mujeres prostituidas en España. J. del Amo et al., en dos estudios realizados durante los años 2005 y 2009, obtiene, que las mujeres con menor representación en el colectivo de mujeres prostituidas son las mayores de 36 años para ambos estudios, con frecuencias del 10 % (del Amo J. et al. 2005), y 24,4 % (del Amo J et al. 2009) respectivamente, mientras que el grupo mayoritario en el año 2005 es el comprendido entre los 21-25 años de edad (29 %), con una media de edad de 27 años (del Amo J et al. 2005), y en el año 2009 es el formado por las mujeres de entre 26-35 años (41,5 %). (del Amo J et al. 2009).

De igual forma, C. González et al. (2011), obtienen un 41,5 % en el grupo de mujeres de edades comprendidas entre los 26 y 35 años, y un 24,4 % entre las mujeres mayores de 35 años, con una media de edad de 29 años (C. González et al. 2011), mientras que Touze A. et al., observa

que el grupo mayoritario de mujeres prostitutas está compuesto por las mujeres de entre 30-34 años de edad (66,7 %) y el minoritario por las de entre 25-29 años de edad (57,4 %), con una media de 30,3 años, si bien es importante destacar que en dicho estudio se analizó una población de 177 mujeres prostitutas, y no se menciona en ningún momento el motivo de elección de dicha muestra, la cual es poco representativa de la población estudiada. (Touze A. Et al.).

Por lo que podríamos decir, que el colectivo de mujeres prostitutas más jóvenes representa el grupo mayoritario y el de mujeres mayores el minoritario, con una media de edad comprendida entre los 27 – 30 años para los estudios analizados, si bien se podría destacar que en nuestro estudio, las mujeres más jóvenes son las Latinoamericanas (23,08 %), seguidas por las de Europa del Este (18,27 %); y que las mujeres de mayor edad fueron las mujeres españolas (3,37 %). Datos similares se han obtenido en otros estudios, en los que el grupo mayoritario estaba igualmente representado por mujeres latinoamericanas, pero las mujeres de menor edad fueron las procedentes de los países de Europa del Este, con una edad promedio de 22 años. (del Amo J. et al. 2005).

Como ya hemos mencionado anteriormente, y como cabría esperar por la literatura existente, las mujeres inmigrantes representan el colectivo mayoritario dentro de las mujeres prostitutas, y entre estas, el grupo de mayor representación, está formado, tanto en nuestro estudio (76,9 %) como en otros estudios analizados (76 % (Touze A. et al.), 81 % (del Amo J. et al. 2009), 85,42 % (C. González et al. 2011), por las mujeres latinoamericanas. Las mujeres procedentes de Europa del Este son el segundo grupo más frecuente en nuestro estudio (24,5 %), seguidas por las españolas (23,1 %) y las africanas (17,3 %), al igual que en otros estudios (17 % Europa del Este, 16 % España y 9 % África subsahariana) (del Amo J. et al. 2009), mientras que estos resultados fueron muy dispares en otros trabajos: 22,2 % África y Asia, 14,6 % España, 10,4 % Europa del Este, si bien es importante destacar que en este estudio se representaron conjuntamente mujeres procedentes de África y Asia, no valoradas en nuestro estudio. (González C. et al. 2011); 44,0 % Europa Central u Oriental, 35, 7 % África, 7 % Europa del Este, y 5, 5 % España (5,5 %). (Castilla J. et al. 2002); y 3 % África subsahariana y 2 % Europa del Este (del Amo J. et al. 2005), datos que varían según los fenómenos migratorios que se suceden año tras años en nuestro país y que hacen variar la representación de este colectivo con gran movilidad geográfica.

En cuanto al nivel de estudios, los datos obtenidos tras la revisión bibliográfica son muy dispares, pero podríamos decir que, como hemos mencionado anteriormente, que si bien en nuestro estudio el 89,5 % de las mujeres poseían estudios primarios o secundarios (58,7 % estudios primarios y 30,8 % estudios secundarios) y un 10,6 % poseían formación superior (8,7 % formación profesional superior y 1,9 % estudios universitarios), los resultados mostrados por otros estudios son muy similares (Velas M.J. et al. 2004), y demuestran que las mujeres prostitutas poseen mayoritariamente estudios primarios o secundarios, (76,3 %), (del Amo J. et al. 2009) (81,3 %, 30,6 % educación primaria y 50,7 % estudios secundarios), (González C. et al. 2011), 94,35 %, 68,36 % estudios primarios y 25,99 % estudios secundarios) (Touze A. et al.), siendo muy pocas las que carecen de formación (7 – 9,7 %) (del Amo J. et al. 2009) (González C. et al. 2011) o las que poseen formación superior (9 %) (del Amo J. et al. 2009). (5,08 %) (Touze A. et al.)

En relación al estado civil, la mayoría de las mujeres analizadas en nuestro estudio, el 40,2 %, eran solteras y el 47,5 % de ellas vivían con la pareja, datos similares a los obtenidos en otros estudios en los que el porcentaje de mujeres solteras fue igualmente el superior entre todas las

representadas en torno al 50 % (43 % 54,7 %, 52,1 % y 53 %) (del Amo J. et al. 2005), (del Amo J. et al. 2009), (González C. et al. 2011) (J Vioque et al. 1998).

En cuanto al número de hijos, la mayoría de las mujeres analizadas en los diferentes estudios, tenían mayoritariamente 1 o más hijos, siendo del 71,2 % en nuestro estudio y el 54 % (del Amo J. et al. 2005), 73 % (Belzaa M.J. et al. 2004) y 66,06 % en otros estudios. (Vioque J. et al. 1998) En cuanto al tiempo de ejercicio, podemos decir que las mujeres de nuestro estudio llevan ejerciendo en su mayoría entre 4 y 6 años (36,4 %), datos muy dispares a los obtenidos en otros estudios en España, en los que el 75% de las mujeres llevaba 2 años o menos ejerciendo la prostitución (Velas M.J. et al. 2004) si bien el grupo de mujeres representadas por las españolas mayores de 42 años de edad, son las que llevan ejerciendo la prostitución por un mayor periodo de tiempo, al igual que se muestra en otro estudio en el que la mediana del tiempo de ejercicio fue de 11 años para las mujeres españolas, seguidas por las Africanas (8,5 años). (del Amo J. et al. 2009).

Según la literatura existente podríamos decir que las mujeres que ejercen la prostitución hacen un uso frecuente del preservativo en las relaciones vaginales con los clientes, mientras que en el ámbito privado parece haber una mayor probabilidad de transmisión de infecciones por vía sexual, ya que es bastante menos frecuente el uso del preservativo, lo cual ha sido señalado ampliamente en los estudios sobre prostitución, como una conducta diferencial entre las relaciones comerciales y las privadas dentro de este colectivo (Estebanez P et al. 1998) (Belza MJ et al. 2000) (Ward H et al. 1993) (Ward H et al. 1999) (De Graaf R et al. 1992) (Van Haastrecht HJ et al. 1993) (Spina M et al. 1998) (Spina M et al. 1999) (Vester A et al. 2001).

Según la bibliografía existente y a la vista de los resultados obtenidos en nuestro estudio, podemos afirmar que el consumo de sustancias es bastante frecuente entre las mujeres prostituidas, sobre todo durante el ejercicio mismo de la prostitución, pues el 71,6 % de las encuestadas consumen tabaco en nuestro estudio, al 92,3 % consumen alcohol, el 29,3 % consumen drogas no inyectables y el 16,3 % dicen consumir drogas inyectables de manera habitual, aunque dicho consumo no guarda ninguna relación con el ejercicio mismo de la prostitución. De igual forma, el 57,7 % de las mujeres prostituidas afirman consumir algún tipo de psicotrópico de manera habitual, sobre todo antidepresivos y ansiolíticos.

El alcohol y el consumo de drogas se asocian con frecuencia con el ejercicio de la prostitución. En un estudio realizado por Fernández-Esquer (Fernández-Esquer ME. 2003) en América del Norte y Central, se observó que las mujeres prostituidas ganaban una comisión de venta de cada cerveza que consumían los clientes, fenómeno que se reproduce en España, donde el consumo de alcohol forma parte integral de la práctica prostitutiva, y en muchos casos se convierte en obligatorio o en medio de subsistencia para algunas mujeres prostituidas.

Las consecuencias para la salud del elevado consumo de alcohol, puede producir problemas de seguridad inmediatos en las relaciones sexuales sin protección y falta de criterio en la selección de los clientes a causa de los efectos del alcohol, que facilitan la transmisión de diferentes Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), y a largo plazo producir enfermedades del hígado, del corazón, obesidad y depresión, entre otros (Parks KA et al. 2011) (Samet JH et al. 2010). En cambio, el tabaco, se ha asociado tanto con la adquisición de la infección por el VPH, como con el desarrollo de las lesiones precancerosas y la progresión de las mismas. (Burk RD et al. 1996) (Wheeler CM et al. 1993) (Wang SS et al. 2003) (Winer RL et al. 2003) (Syrjanen K et al. 2007)

En cuanto al conocimiento del grupo diana sobre diferentes infecciones víricas y aspectos relacionados con las mismas, si bien no existe bibliografía sobre dicho conocimiento en

población prostituida, un estudio realizado en 4 ciudades de Turquía a 1434 mujeres de población general de edades comprendidas entre los 18 y 80 años, excluyendo a las mujeres con antecedentes de cáncer invasor del cuello uterino, obteniendo una muestra final de 1427 mujeres, se observó que el 77 % conocían la relación existente entre algunos virus y el cáncer, el 45 % habían oído hablar del VPH, y el 43 % sabía que el VPH podía causar lesiones genitales. (Dursun P. Et al. 2009). Además, por medio del análisis multivariante, se encontró que la relación entre el conocimiento del VPH y el cáncer de cuello uterino, ciertos tipos de virus y el desarrollo del cáncer, y una educación universitaria se asociaron fuertemente con la aceptación de la vacuna contra el VPH entre las mujeres estudiadas (70 %). (Dursun P. Et al. 2009)

El conocimiento de la vacunación contra el VPH y la prueba de detección de la infección, es importante para evaluar el conocimiento del VPH y su relación con el cáncer genital. En el actual estudio de base poblacional que incluyó a 153 mujeres que tenían 18-45 años de edad, se encontró que, en general, 46% reportó haber oído hablar del VPH. Esta proporción varió de 30,4% en las latinoamericanas al 19,6% en las africanas. Los resultados de este estudio corroboran los hallazgos de otros estudios que demuestran que muchas mujeres de la población general todavía no tienen conocimientos sobre el VPH, y mucho menos las mujeres prostituidas. Menos se sabe sobre la existencia de VPH que de VIH. (Rodríguez-Cerdeira C et al. 2012).

Otros estudios muestran que el conocimiento acerca del VPH y su vacunación, un alto número de parejas en la historia sexual, y el bajo costo y seguridad de las vacunas contra el VPH, están significativamente asociados con el hecho de querer vacunarse. (Gonik B et al. 2003) (Boehner CW et al. 2003) (Dursun P. Et al. 2009)

6. CONCLUSIONES

Por todo lo expuesto y a la vista de los resultados, y basándonos en la bibliografía existente, podemos concluir según las características sociodemográficas analizadas, que el perfil de la PEP, de mujer, joven (26 – 29 años), inmigrante, con estudios primarios, pocos recursos económicos, con cargas familiares y en la mayoría de los casos en situación irregular, reafirma el hecho de que la feminización de la pobreza a nivel mundial favorece y facilita la industria del sexo, como una salida a situaciones socioeconómicas extremas en los países de origen de las mujeres inmigrantes, que las convierte en la diana principal de las redes de trata y explotación sexual a dichos niveles.

Es por ello, que es necesario, en primer lugar, tomar consciencia de que la desigualdad de poderes en las diferentes sociedades favorece la discriminación sociolaboral de la mujer, y facilita la exclusión social de la misma, que la empuja a los mencionados fenómenos migratorios en busca de una situación mejor en los países más ricos, y que en la gran mayoría de las ocasiones, las convierte en diana de explotaciones laborales y sexuales en los países de destino; y en segundo lugar, considerar de especial interés y urgente, una mejora de las medidas contra la trata y la explotación sexual de mujeres, enfocada sobre todo a informar a las mujeres que quieren abandonar sus países, de los posibles peligros con los que se pueden encontrar en los países de destino por la vulnerabilidad de su situación, así como medidas de información y sensibilización a la población general tanto frente al consumo de prostitución, como a las características sociodemográficas que favorecen el inicio de la misma.

De igual forma, las condiciones del ejercicio de la prostitución, como los múltiples contactos sexuales, la exposición a gran cantidad de prácticas sexuales de riesgo y el consumo de sustancias, hace a las mujeres prostituidas doblemente vulnerables a ciertos problemas

sanitarios como contagio por diferentes ITS, embarazos no deseados, desgarros vaginales o anales, adicción a estupefacientes y síndrome de stress postraumático, por lo que es de especial interés, por parte de los servicios sanitarios, facilitar el acceso a los recursos de las mujeres que ejercen la prostitución, con la finalidad de realizar un seguimiento de los posibles problemas sanitarios que padecen, y poder evaluar cual es el origen de los mismos.

ANEXOS.

CUESTIONARIO DE TRABAJO

El cuestionario consta de 5 partes con un total de 20 elementos de la siguiente manera:

1. ¿Cuál es su edad (años)?
 - a. 18-25
 - b. 26-33
 - c. 34-41
 - d. 42-49
2. ¿Cuál es su país de procedencia?
 - a. España
 - b. Este de Europa
 - c. América Latina
 - d. África
3. ¿Qué nivel de estudios posee?
 - a. Estudios primarios
 - b. Estudios secundarios
 - c. Formación profesional superior
 - d. Estudios universitarios
4. ¿Cuál es su estado civil?
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Separada / divorciada
5. ¿Tiene hijos/as? ¿Cuántos/as?
 - a. Sin hijos/as
 - b. Un hijo/a
 - c. Dos hijos/as
 - d. Tres o más hijos/as
6. ¿Cuántos años lleva ejerciendo la prostitución?
 - a. De 1 a 3 años
 - b. De 4 a 6 años
 - c. Más de 6 años
7. ¿Qué conocimiento posee sobre su propio estado de salud?
 - a. Pobre
 - b. Medio
 - c. Bueno
8. ¿Fuma?
 - a. Nunca
 - b. Ocasionalmente
 - c. Casi Siempre
9. ¿Bebe?
 - a. Nunca
 - b. Ocasionalmente
 - c. Casi Siempre
10. ¿Con qué frecuencia usa métodos anticonceptivos hormonales?
 - a. Nunca
 - b. Ocasionalmente
 - c. Casi Siempre

11. ¿Usa el preservativo masculino durante las relaciones sexuales vaginales en el ámbito privado?
 - a. Nunca
 - b. Ocasionalmente
 - c. Casi Siempre
12. ¿Usa el preservativo masculino durante las relaciones sexuales vaginales con los clientes?
 - a. Nunca
 - b. Ocasionalmente
 - c. Casi Siempre
13. ¿Ha realizado alguna vez una citología cervical con la técnica de tinción de PAP?
 - a. Nunca
 - b. Alguna vez
14. ¿Posee antecedentes de ITS?
 - a. Sí
 - b. No
15. ¿Conoce la relación de algunos virus con ciertos tipos de cánceres?
 - a. Sí
 - b. No
16. ¿Ha oído hablar de la infección por VIH?
 - a. Sí
 - b. No
17. ¿Ha oído hablar de la infección por VPH?
 - a. Sí
 - b. No
18. ¿Ha oído hablar de la vacuna contra el VPH?
 - a. Sí
 - b. No
19. ¿Le gustaría que le administraran una vacuna contra el VPH?
 - a. Sí
 - b. No
20. ¿A quién acude para informarse sobre los diferentes cuidados de salud?
 - a. ONGs
 - b. Familiares y amistades.
 - c. Internet u otros medios de comunicación.

* Para la información sobre el uso del preservativo con los clientes y en el ámbito privado, usamos la escala de Likert. Esta escala posee unos rangos que van desde 1 nunca hasta 5 siempre. Para el propósito de esta trabajo, hemos clasificado dicha escala en 3 categorías:

1. Nunca
- 2/3. Ocasionalmente
- 4/5. Casi siempre

BIBLIOGRAFÍA

1. Alecrín. Informe prostitución en Lugo. Lugo: Xunta de Galicia; 2006. 9 APRAM, fundación mujeres. La prostitución claves básicas para reflexionar sobre un problema. Madrid: IMPRIME; 2005.
2. APRAM, fundación mujeres. La prostitución claves básicas para reflexionar sobre un problema. Madrid: IMPRIME; 2005.
3. Barry, K. The prostitution of Sexuality. New York: University Press; 1995.
4. Belza MJ, Llácer A, Barahona MJ, Guijarro P, Alameda A, Rodríguez MA, et al. Características sociales y conductuales de riesgo para el VIH en colectivos que ejercen la prostitución. *Seisida* 2000;11:272-6.
5. Belza MJ, on behalf of the Spanish Group for the Unlinked Anonymous Survey of HIV seroprevalence in STD patients. Prevalence of HIV, HTLV-I and HTLV-II among female sex workers in Spain, 2000–2001. 2005. *Eur J Epidemiol*.
6. Belza MJ. Risk of HIV infection among male sex workers in Spain. for the EPI-VIH Study Group. *Sex Transm Infect*. 2005; 81:85–8.
7. Boehner CW, Howe SR, Bernstein DI, Rosenthal SL. Viral sexually transmitted disease vaccine acceptability among college students. *Sex Transm Dis*. 2003; 30: 774–778.
8. Burk RD, Ho GY, Beardsley L, et al. Sexual behavior and partner characteristics are the predominant risk factors for genital human papillomavirus infection in young women. *J Infect Dis*. 1996;174:679-689.
9. Castilla J, Sobrino P, del Amo J; EPI-VIH Study Group. HIV infection among people of foreign origin voluntarily tested in Spain. A comparison with national subjects. *Sex Transm Infect*. 2002; 78: 250-4.
10. Chattopadhyay M, Bandyopadhyay S, Duttagupta C. Biosocial factors influencing women to become prostitutes in India. *Social biology*. 1994; 41: 252-9.
11. CIS. Encuesta Nacional de Salud Sexual. 2009.
12. Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres. Informe sobre el tráfico de mujeres y la prostitución en la Comunidad de Madrid. 1 st ed. Dirección General de la Mujer de la Comunidad de Madrid (Consejería de Trabajo). Madrid: 2003.
13. De Graaf R, Vanwesenbeeck I, Van Zessen G, Straver CJ, Visser JH. Condom use and sexual behaviour in heterosexual prostitution in the Netherlands. *AIDS* 1992;6:1223-6.
14. del Amo J, González C, Belda J, Fernández E, Martínez R, Gómez I, Torres M, García A, Ortiz M. Prevalence and Risk Factors of High-Risk Human Papillomavirus in Female Sex Workers in Spain: Differences by Geographical Origin. *Journal of Women's Health*. 2009; 18.
15. del Amo J, González C, Losana J, Clavo P, Muñoz L, Ballesteros J, García-Saiz A, Belza M.J, Ortiz M, Menéndez B, del Romero J, Bolumar F. Influence of age and geographical origin in the prevalence of high risk human papillomavirus in migrant female sex workers in Spain. *Sex Transm Infect*. 2005; 81: 79–84.
16. Dempsey A. F. Human Papillomavirus: The Usefulness of Risk Factors in Determining Who Should Get Vaccinated. *Rev Obstet Gynecol*. 2008 Summer; 1(3):122-8.
17. Dempsey AF, Gebremariam A, Koutsky LA, Manhart L. Using risk factors to predict human papillomavirus infection: implications for targeted vaccination strategies in young adult women. *Vaccine*. 2008;26:1111-1117
18. Dursun P, Altuntas B, Kuscu E, Ayhan A. Women's knowledge about human papillomavirus and their acceptance of HPV vaccine. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009; 49: 202–206.

19. Estebanez P, Zunzunegui MV, Aguilar MD, Colomo C, Rúa- Figueroa M, Fitch K, et al. A demographic and health survey of Spanish female sex workers: HIV prevalence and associated risk factors. *J Biosoc Sci* 1998;30:365-79.
20. European Project AIDS and Mobility. East-West mobility in Europe: overcoming barriers to HIV prevention for mobile and migrant sex workers. Report of the European Seminar. Vienna, 7–10 June 2001 (www.aidsmobility.org/am5a1.htm).
21. Farley M, Barkan H. Prostitution, violence, and posttraumatic stress disorder. *Women Health*. 1998; 27: 37-49.
22. Gómez A, Pérez S. Prostitución en Galicia: clientes e imaginarios femeninos. *Revista Estudios Feministas*. 2010; 18: 1121-40.
23. Gonik B. Strategies for fostering HPV vaccine acceptance. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2006, Article ID 36797, 1–4.
24. González C, Torres M, Canals J, Fernández E, Belda J, Ortiz M, del Amo J. Higher incidence and persistence of high-risk human papillomavirus infection in female sex workers compared with women attending family planning. *International Journal of Infectious Diseases*. 2011; 15: 688 - 94.
25. Hubert et al. *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe*. 1998.
26. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. 2003 (consultado). Disponible en: www.ine.es.
27. Juárez-Figueroa L.A, MD, Wheeler C.M, PDH,† Uribe-Salas F.J, Conde-Gglez C.J, Zamilpa-Mejía L.G, MC, García-Cisneros S, MT, Hernández-Avila M. A Highly Prevalent Sexually Transmitted Disease Agent Among Female Sex Workers From Mexico City. *Sexually Transmitted Diseases*. 2001.
28. Juliano D. *La prostitución: el espejo oscuro*. España: Icaria editorial, S.A; 2002.
29. Kahn JA, Rosenthal SL, Hamann T, Bernstein DI. Attitudes about human papillomavirus vaccine in young women. *Int J STD AIDS* 2003; 14: 300–306.
30. Manhart LE, Holmes KK, Koutsky LA, et al. Human papillomavirus infection among sexually active young women in the United States: implications for developing a vaccination strategy. *Sex Transm Dis*. 2006; 33:502-508
31. Melissa Farley, Isin Baral, Merab Kiremire y Ufuk Sezgin. *Feminism y Psychology Prostitution in Five Countries: Violence and Post-Traumatic Stress Disorder*. *Feminism and Psychology*, 1998; 8: 405-426.
32. Montañés P, Moyano M. Violencia de género sobre inmigrantes en España: Un análisis psicosocial. *Pensamiento psicológico*. 2006; 2: 21-32. 3 Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. World report on violence and health. *Biomedica*. 2002; 22 Suppl 2: 327-36.
33. Parks KA, Hsieh YP, Lorraine Collins R, Levonyan-Radloff K. Daily assessment of alcohol consumption and condom use with known and casual partners among young female bar drinkers. *AIDS Behav*. 2011; 15(7): 1332-41
34. Pérez JM, Montalvo A. *Violencia de Género. Prevención, detección y atención*. 1st ed. Madrid: Grupo 5; 2011.
35. Rodríguez MA, Ramon P, Rodrigo J, Sánchez A, Lorenzo M, Estebanez P. The importance of migration on prostitution and HIV/AIDS in Spain in the last year. ThPeE7807. En: Libro de resúmenes (vol 2). Barcelona: XIV International AIDS, 2002; p. 541
36. Samet JH, Pace CA, Cheng DM, Coleman S, Bridgen C, Pardesi M, Saggurti N, Raj A. Alcohol use and sex risk behaviors among HIV-infected female sex workers (FSWs) and HIV-infected male clients of FSWs in India. *AIDS Behav*. 2010; 14 Suppl 1:S74-83).
37. Servizo Galego de Igualdade. *A prostitución feminina na Comunidade Autónoma de Galicia*. 1st ed. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Familia, Xuventude, Deporte e Voluntariado; 2004. 8 Alecrín. Informe prostitución en Lugo. Lugo: Xunta de Galicia; 2006.

38. Sex work and HIV/AIDS: UNAIDS technical update. Geneva, Switzerland: The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC705-SexWork-TU_en.pdf Available at Accessed 28 March 2009).
39. Spina M, Mancuso S, Sinicco A, Vaccher E, Traina C, Di Fabrizio N, et al. Human immunodeficiency virus seroprevalence and condom use among female sex workers in Italy. *Sex Transm Dis* 1998; 25: 451-4.
40. Spina M, Tirelli U. Condom use in female sex workers in Italy. *Am J Public Health* 1999; 89: 108.
41. Syrjanen K, Naud P, Derchain S, et al. Drug addiction is not an independent risk factor for oncogenic human papillomavirus infections or high-grade cervical intraepithelial neoplasia: case-control study nested within the Latin American Screening study cohort. *Int J STD AIDS*. 2008; 19: 251-258.
42. Syrjanen K, Shabalova I, Petrovichev N, et al. Smoking is an independent risk factor for oncogenic human papillomavirus (HPV) infections but not for high-grade CIN. *Eur J Epidemiol*. 2007; 22: 723-735.
43. The EPI-VIH Study Group. HIV infection among people of foreign origin voluntarily tested in Spain. *Sex Transm Infect*, 2002;78:250-4.
44. Tomasevski, K. Women and Human Rights. London: Women and World Development; 1993.
45. Touzé A, de Sanjosé S, Coursaget P, Almirall MR, Palacio V, Meijer C, Kornegay J, Bosch FX. Prevalence of anti-human papillomavirus type 16, 18, 31, and 58 virus-like particles in women in the general population and in prostitutes. *J Clin Microbiol*. 2001 December; 39(12): 4344–4348. doi: 10.1128/JCM.39.12.4344-4348.2001
46. Van Haastrecht HJ, Fennema JS, Coutinho RA, Van der Helm TC, Kint JAP, Van den Hoek JA. HIV prevalence and risk behaviour among prostitutes and clients in Amsterdam: migrant at increased risk for HIV infection. *Genitourin Med* 1993; 69: 251-6.
47. Velas M.J, Clavo P, Ballesteros J, Menéndez B, Castilla J, Santos Sanz S, Jerez N, Rodríguez C, Sánchez F, del Romero J. Condiciones sociolaborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. *Gac Sanit* 2004; 18: 177-83.
48. Velas MJ, Clavo P, Ballesteros J, Menéndez B, Castilla J, Sanz S, Jerez N, Carmen Rodríguez C, Sánchez F, del Romero J. Condiciones sociolaborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. *Gac Sanit* 2004; 18: 177-83.
49. Vester A, Davoli M, Camposeragna A, Valeri C, Perucci CA. Prevalence of HIV infection and risk behaviour among street prostitutes in Rome, 1997-1998. *AIDS Care* 2001;13: 367-2.
50. Vioque J, Hernández-Aguado I, Fernandez E, García M, Alvarez-Dardet C. Prospective cohort study of female sex workers and the risk of HIV infection in Alicante, Spain (1986–96). *Sex Transm Inf*. 1998; 74: 284–8.
51. Wang SS, Schiffman M, Shields TS, et al. Seroprevalence of human papillomavirus-16, -18, -31, and -45 in a population-based cohort of 10000 women in Costa Rica. *Br J Cancer*. 2003;89: 1248-1254.
52. Ward H, Day S, Mezzone J, Dunlop L, Donegan C, Farrar S, et al. Prostitution and risk of HIV: female prostitutes in London. *BMJ* 1993;307:356-8.
53. Ward H, Day S, Weber J. Risky business: health and safety in the sex industry over a 9 year period. *Sex Transm Inf* 1999; 75:340-3.
54. Wheeler CM, Parmenter CA, Hunt WC, et al. Determinants of genital human papillomavirus infection among cytologically normal women attending the University of New Mexico student health center. *Sex Transm Dis*. 1993;20:286-289.
55. Winer RL, Lee SK, Hughes JP, et al. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students. *Am J Epidemiol*. 2003;157:218-226.

56. Rodriguez-Cerdeira C, Sánchez-Blanco E, Alba A. Evaluation of association between vaginal infections and high-grade human papillomavirus in female sex workers in Spain. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2012 (in press)