

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



**CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS ASOCIADAS A
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN
TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDEN AL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA,
2017**

TESIS

PRESENTADA POR LA BACHILLER EN OBSTETRICIA

MARÍA CHRYSTINA ADALID MARTOS SALDAÑA

Para obtener el título profesional de:

OBSTETRA

Asesora:

Obst. Elena Soledad Ugaz Burga

CAJAMARCA, 2017

Copyright © 2017 by
María Chrystina Adalid Martos Saldaña
Derechos reservados

“Como solía decir mi padre: Al pan, pan y al vino, vino. Pero a una prostituta llámala siempre señora. La vida de las prostitutas es muy dura, y no cuesta nada ser respetuoso con ellas”

Patrick Rothfuss

SE DEDICA A:

Dios por darme la vida y la oportunidad para desplegar mis habilidades, y darme fortaleza para seguir adelante.

Mi madre Elizabeth por el amor, comprensión y apoyo, por impulsarme a conseguir mis logros y vencer mis dificultades para llegar a la meta propuesta.

Mi abuela Efigenia por su amor y comprensión.

Mi amado hijo Sebastián Andreé por compartir mis tristezas y alegrías, por crear momentos llenos de felicidad que le han dado sentido a mi vida.

Chrystina

SE AGRADECE A:

Dios por guiarme en todo momento de mi vida.

Mi madre, quien, pese a todo pronóstico siempre ha estado allí cuidándome y protegiéndome.

Todos los profesionales que, académica y amablemente, me han brindado sus conocimientos y me han permitido experimentar el mundo laboral del cual pronto seré parte.

Una querida amiga y asesora, quien con su paciencia y constante apoyo ha permitido la culminación de esta tesis, la obstetra Elena Ugaz Burga.

Chrystina

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos	5
1.4. Justificación de la investigación	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases teóricas	9
2.2.1. La prostitución	9
2.2.2. Infecciones de transmisión sexual	26
2.2.3. Consecuencias psicológicas	43
2.3. Hipótesis	48
2.4. Variables	48
2.5. Definición conceptual y operacional de las variables	49
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	46
3.1. Tipo y diseño de estudio	50
3.2. Área de estudio y población	51
3.3. Muestra	51
3.4. Unidad de análisis	52
3.5. Criterios de inclusión	52
3.6. Consideraciones éticas	53
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	53
3.8. Procesamiento y análisis de datos.	55

3.9. Control de calidad de datos	56
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	57
CONCLUSIONES	83
RECOMENDACIONES	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	89

RESUMEN

Se define la prostitución como un acto consciente, libre y voluntario, mediante el cual una persona vende su cuerpo a cambio de una retribución económica, pero el problema mayor radica cuando la mujer contrae alguna Infección de Transmisión Sexual, aunado a las consecuencias psicológicas que trae consigo.

Objetivo: determinar las consecuencias psicológicas asociadas a Infecciones de Transmisión Sexual en trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Metodología: el estudio corresponde a un tipo de estudio mixto cuyo diseño es el anidado o incrustado concurrente de modelo dominante.

Resultados: la mayoría de trabajadoras sexuales perteneció al grupo etáreo de 25-29 años (31,6%); tuvieron secundaria completa (36,8%); solteras (68,4%); residentes en la zona urbana (90,5%); la mayoría tiene un ingreso económico de 2 salarios mínimo vitales: En el 47,4% se identificó como infección de transmisión sexual a la Candidiasis vaginal; el 35,8% presentó un nivel de autoestima alta; y el 18,9% estuvieron ligeramente deprimidas; el 44,2% dijo estar casi siempre triste; el 21,1% tener sentimientos de culpa siempre y el 49,5% dijo que sufría.

Conclusión: se encontró asociación significativa entre las Infecciones de Transmisión Sexual y el sentimiento de culpa como consecuencia psicológica, según $p = 0,011$.

Palabras clave: consecuencias psicológicas, infecciones de transmisión sexual, trabajadoras sexuales.

ABSTRACT

Prostitution is defined as a conscious, free and voluntary act, through which a person sells his body in exchange for economic retribution, but the biggest problem is when the woman contracts a Sexually Transmitted Infection, together with the psychological consequences that it brings with him.

Objective: to determine the psychological consequences associated with Sexually Transmitted Infections in sex workers attending the Regional Teaching Hospital of Cajamarca.

Methodology: the study corresponds to a type of mixed study whose design is the nested or incrustrated concurrent dominant model.

Results: the majority of sex workers belonged to the age group of 25-29 years old (31.6%); they had full high school (36.8%); single women (68.4%); residents in the urban area (90.5%); most have an income of 2 minimum vital wages: In 47.4% was identified as a sexually transmitted infection to vaginal Candidiasis; 35.8% presented a high level of self-esteem; and 18.9% were slightly depressed; 44.2% said they were almost always sad; 21.1% have feelings of guilt always and 49.5% said they suffered.

Conclusion: a significant association was found between Sexually Transmitted Infections and the feeling of guilt as a psychological consequence, according to $p = 0.011$.

Key words: psychological consequences, sexually transmitted infections, sex workers.

INTRODUCCIÓN

La prostitución, es el intercambio de un servicio sexual por otros bienes o servicios y no un intercambio del yo, e involucra trabajo, habilidad y práctica. El aprendizaje juega un rol clave en esta actividad tanto al inicio como a lo largo de la trayectoria. Las distintas formas de ejercicio, el trato del cliente, el manejo de los estigmas y emociones, las formas de protegerse de la violencia, cómo lidiar con la policía, el cuidado personal, la maximización de las ganancias, etc. constituyen rutinas, habilidades y prácticas que las mujeres van aprendiendo a lo largo del tiempo producto de la experiencia propia y de la interacción con clientes, otras prostitutas y otros agentes; sin embargo a pesar de extremar precauciones en ocasiones pueden contraer alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS) que en su condición de saber los riesgos a los que están expuestas, se atemorizan y pueden evidenciar algunos problemas psicológicos.

Desde esta perspectiva se realizó el presente trabajo de investigación cuyo objetivo fue determinar las consecuencias psicológicas asociadas a Infecciones de Transmisión Sexual en trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, identificando que las ITS identificadas fueron la Candidiasis vaginal, vaginosis bacteriana, tricomoniasis gonorrea y clamidiasis y la consecuencia psicológica identificada fue el sentimiento de culpa que experimentan las trabajadoras sexuales, entre cuyas variables se encontró una asociación altamente significativa según el coeficiente de correlación $p = 0,011$

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: correspondiente al problema y que comprende el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos y justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: comprende el marco teórico e incluye antecedentes, bases teóricas, hipótesis y variables.

CAPÍTULO III: Pertenece a este capítulo el diseño metodológico el mismo que incluye el diseño y tipo de estudio, área de estudio y población, muestra y tamaño de la muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, consideraciones éticas,

técnicas de recolección de datos y descripción del instrumento, procesamiento y análisis de datos y control de calidad de datos.

CAPÍTULO IV: correspondiente al análisis y discusión de los resultados, las conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La prostitución es una de las expresiones más penosas de la vida, y el reflejo de una sociedad que, como parte inherente de su funcionamiento, crea pobreza y margina. Conlleva un camino largo y complejo, tanto de acceso a la actividad como de permanencia y abandono de la misma. En este fenómeno se dan cita, procesos de empobrecimiento tradicionales, como carencias personales y familiares, vulnerabilidad y dependencias, violencia y explotación sexual..., y otros más nuevos y estructurales, como migración, leyes de extranjería, redes de explotación (1).

La prostitución, afecta a millones de mujeres en el mundo pero es un problema que poca gente quiere enfrentar y en los actuales momentos después de reconceptualizar la pobreza que existe en el planeta, se puede afirmar que la mitad de la población mundial está en las garras de este flagelo (2); datos del Primer Informe Mundial sobre Explotación Sexual publicado por la Fundación Scelles señala que, en el mundo, entre 40 y 42 millones de personas, se prostituyen y de ellas el 80% son mujeres o niñas, un 75% con edades que van de los 13 a los 25 años (3) .

La prostitución es una clara realidad de cómo se violan los derechos humanos de quienes ejercen este acto. En Latinoamérica y el Caribe se violan los derechos humanos; se violan los derechos de la mujer, se encuentra pobreza y prostitución (2).

En México hay 500 mil personas que son explotadas en la prostitución, el 90 % son mujeres y niñas, de acuerdo con cifras de la Coalición contra el Tráfico de Mujeres y Niñas en América Latina (4). En el Perú, lamentablemente, no existe una cifra precisa y confiable que muestre la dimensión del problema en toda su magnitud. Numerosos estudios reflejan partes importantes de este fenómeno, pero ninguno abarca la realidad completa del país. Sin embargo, estos mismos indicadores demuestran que esta violación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes está en ascenso. Diversas ciudades de la selva peruana Iquitos, Pucallpa, Tarapoto y Puerto Maldonado presentan una mayor presencia del fenómeno (5).

Desde el ámbito de la salud, la prostitución es un problema de salud pública pues, en la esfera biológica, la prostitución, entraña el riesgo del contagio de Infecciones de transmisión sexual, entre ellas el SIDA, que deteriora gradualmente las condiciones físicas y emocionales de las mujeres dejándolas en un estado de indefensión, y diversos problemas psicológicos.

Existe suficiente información de que la sexualidad que practican las personas no es una actividad simple, instintiva y puntual, consistente únicamente en un contacto corporal y un intercambio de fluidos. En toda relación sexual compartida, cada persona transmite lo más positivo o negativo de sí misma, según evalúe y valore a la otra, considerándola sujeto u objeto de su relación (6).

En aquellas relaciones sexuales, en las que algunas de las personas involucradas considera a la otra como objeto, le depositará lo más negativo de sí misma: sus miedos, sus complejos de inferioridad, sus traumas y sus angustias o su violencia, su odio y su timidez, con lo que la otra persona se llega a sentir envilecida y empobrecida, corporal y anímicamente, con las consiguientes repercusiones negativas en su salud mental (6).

En este sentido, la OMS de acuerdo con diversas investigaciones realizadas en EEUU, en Canadá y en varios países en desarrollo, concluye que aproximadamente el 70%, es decir, 2 de cada 3 mujeres que se dedican a la prostitución, tienen las mismas heridas emocionales que los veteranos de guerras o las víctimas de tortura. Padecen lo que se llama síndrome de estrés postraumático, con síntomas de flashbacks (recuerdos repetitivos y torturantes) sobre aspectos traumáticos de sus experiencias en la prostitución (6).

En cuanto a las depresiones que, como es sabido, afectan a nivel mundial, casi tres veces más a las mujeres que a los hombres, padeciéndola un 7% de la población femenina. Este porcentaje se multiplica por 10 en el colectivo de las mujeres prostituidas, llegando a ser un 70% las que sufren depresión (6).

Además, estas mujeres experimentan, en proporciones mucho mayores que las que no ejercen la prostitución, los siguientes problemas de salud: ansiedad, angustia, miedos y diferentes fobias, así como embarazos no deseados; tienen muy pobre autoconcepto y una autoestima aún más baja que la que caracteriza al resto de las mujeres; angustia, estrés post traumático, entre otros; sin tomar en cuenta su excepcional calidad humana (6).

En Cajamarca, también está presente el ejercicio de la prostitución, existen 482 trabajadoras sexuales acuden al Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETS), muchas de ellas presentan infecciones de transmisión sexual y asociado a ellas, manifestaciones psicológicas negativas, razón por la cual se decidió realizar el presente estudio con el objetivo de determinar las consecuencias psicológicas asociadas a Infecciones de Transmisión Sexual en trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

1.2. Formulación del problema

¿Existe asociación entre las consecuencias psicológicas y las Infecciones de Transmisión Sexual en trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar las consecuencias psicológicas asociadas a Infecciones de Transmisión Sexual en trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar las características sociodemográficas de las trabajadoras sexuales.
- Identificar las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en trabajadoras sexuales.
- Determinar las consecuencias psicológicas más resaltantes en trabajadores sexuales.

1.4. Justificación de la investigación

La prostitución es considerada como una transacción mercantil antigua y vigente hasta la actualidad que sigue siendo controversial, estigmatizada y prejuiciada en la mayoría de las sociedades.

Lo que más identifica a la prostitución de mujeres, es que éstas son utilizadas como mercancías para generar dinero. Las causas son muy variadas, ya que al ser un fenómeno público afecta todos los ámbitos de la sociedad, las razones que demuestran lo negativo de este fenómeno se encuentra en que la prostitución expone a la mujer al maltrato físico, verbal y emocional, hecho que causa repercusiones psicológicas negativas en la mujer, de otra parte, el trabajo sexual expone a las mujeres a infecciones de transmisión sexual como gonorrea, sífilis, herpes, VIH/SIDA entre otras, debido a que los clientes que frecuentan les piden hacer el coito sin preservativos y por desconocer si sus clientes están infectados con alguna enfermedad, enfermedades que incrementan el malestar psicológico de las mujeres (7).

Desde esta perspectiva es que se pretendió realizar el presente estudio, con el objetivo de determinar las consecuencias psicológicas asociadas a Infecciones de Transmisión Sexual en trabajadoras sexuales, dado el hecho que en Cajamarca, la prostitución está muy estigmatizada, lo que conlleva a que las mujeres se sientan desvalorizadas, peor aún, si presentan alguna infección de transmisión sexual que las hace estar atemorizadas, deprimidas, con niveles bajos de autoestima o con sentimientos de culpa.

Los resultados permitirán dar luces a la problemática actual de un grupo de mujeres a las que se han vulnerado sus derechos humanos, sexuales y reproductivos; también permitirán intervenir en las acciones realizadas por la Estrategia Sanitaria de ITS-VIH-SIDA, tuberculosis y hepatitis B a fin de mejorar las tareas encaminadas a la protección física y psicológica de este grupo de mujeres.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Hernández S. y cols. (Chile, 2006) en su estudio cuyo objetivo fue conocer la incidencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en trabajadoras sexuales en control en el Consultorio N° 1 y su asociación con factores sociales como el clima social preventivo, determinaron que el 28,33% de las trabajadoras sexuales en control tuvieron una o más ETS en el último año. La incidencia declarada de ETS fue de 3,54% episodios por persona-año, mientras que la incidencia por persona fue de 3,04% al año, un porcentaje menor declaró 2 ETS en el año. No hubo episodios declarados de VIH-SIDA. Las patologías más prevalentes por orden de frecuencia fueron: candidiasis vaginal, tricomoniasis, condilomatosis, sífilis, gonorrea, vaginosis bacteriana y herpes (8).

Alvis, N. y cols. (Colombia, 2007) formularon como objetivo identificar los principales agentes etiológicos de enfermedades de transmisión sexual en una población de alto riesgo de la ciudad de Montería, encontraron como resultados que la edad de las pacientes estuvo entre 18 y 44 años con una media de 26,1; en la población de alto riesgo, se determinó que el 17,4 % fueron positivas para *Gardnerella vaginalis*, *C. trachomatis* (5,9%); *Neisseria gonorrhoeae* (4,3%), *Trichomonas vaginalis* y *Candida albicans*, (2,9%); en la población de bajo riesgo *Gardnerella vaginalis* (56,3%), *C. trachomatis* (12,5%); *Neisseria gonorrhoeae* (6,3%), y *Candida albicans* (12,5%). El 15,4 % de las trabajadoras sexuales no utilizaron preservativos en sus relaciones sexuales (9).

Bonilla, N y cols. (Ecuador, 2013) formularon como objetivo determinar la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en trabajadoras sexuales controladas en el área de Salud 4, Yanuncay, del cantón Cuenca. Encontraron como resultados que, la prevalencia de ITS fue de 52,5%, 47,5% para infecciones micóticas

y 9,2% para infecciones bacterianas. El promedio de edad para la muestra fue de 26,3 \pm 6,5 años y para el 80% de ella fue de 23,7 \pm 3,7 años. La instrucción secundaria fue predominante (48,7%). El 85,7% de las entrevistadas reside en la zona urbana. El 62,8% tiene pareja estable y el 84% más de una pareja. El 81,6% de ellas son madres y el 42,3% tiene 2 hijos. El 73,7% de las trabajadoras sexuales tiene 2 parejas y el 16,5% más de dos parejas. El 51,1% estima que gana menos de USD 1000, pero un 42,1% asegura que entre USD 1000 y 3000. El 6,8% de ellas cree que sus ingresos son superiores a USD 3000 al mes (10).

Reyes, M. (Guatemala, 2014), en su estudio tuvo como objetivo establecer la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual en trabajadoras del sexo de Quetzaltenango durante los meses de Abril y Mayo y encontró como resultados que las principales enfermedades de transmisión sexual prevalentes en el grupo de estudio, son en orden de prioridad las siguientes: Clamidia con un 36%, Tricomonas 32%, gonorrea 30%, papilomatosis 2%. Se reportaron infecciones mixtas. Los signos y síntomas que presentaron fueron: prurito vaginal, secreción vaginal, cansancio, disuria (11).

2.1.1. Antecedentes nacionales

Sánchez, E. y col. (Ayacucho, 2014). La investigación tuvo como objetivo conocer la Incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual y Vulvovaginitis en trabajadoras sexuales que acuden a la UAMP (Unidad de atención Medica Periódica) del Centro de Salud San Juan Bautista. Los resultados hallados muestran que la Incidencia de infecciones de transmisión sexual es de 15%(06) con predominio de la trichomoniasis y herpes; la incidencia de vulvovaginitis es de 55%(22) con predominio de la vaginosis bacteriana y candidiasis. El inicio de relaciones sexuales precoz, el uso de preservativos algunas veces, el número de contactos sexuales de 7 a más y el nivel de instrucción secundaria; son factores asociados a las Infecciones de Transmisión Sexual y Vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales con significancia estadística ($p < 0,05$), la paridad, procedencia y condición económica son factores de riesgo no asociados a las ITS y vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales.

2.2. Teorías

2.2.1. La prostitución

2.2.1.1. Definición y reseña histórica

Etimológicamente la palabra prostitución proviene del latín prostituó, ónis = acción y efecto de prostituir o prostituirse. Es la actividad a la que se dedica la persona que mantiene relaciones sexuales con otras, a cambio de dinero (12).

Las prostitutas, son personas, mujeres en su mayoría, que venden (alquilan, prestan) su cuerpo a otra persona (normalmente un hombre) a cambio de dinero. Pero, ¿es así? ¿Ejerce una prostituta su oficio (trabajo) de manera libre, como cualquier otra persona que cobre por su trabajo? (12)

La prostitución es el acto de participar en actividades sexuales a cambio de dinero (principalmente). También ejercen la prostitución los hombres, aunque es mayoritariamente femenina. Por ello, puede ser tanto homosexual como heterosexual, pueden participar también travestis y transexuales. La persona que ejerce tal actividad es la prostituta (mujer) o el prostituto (hombre). Al ejercer esta actividad se supone que la persona que lo lleva a cabo sólo se guía por el criterio del dinero, es decir, no existe ningún tipo de emoción ni de relación afectiva. Lo cual es mucho decir (o muy poco), puesto que más genéricamente también la persona que vende sus servicios profesionales por una causa que no le importa, se está prostituyendo por dinero, aunque no exista sexo (o sí) de por medio (12).

Naanen, referido por Musto y Tragtenberg (2013) plantea que prostituta define a aquellas mujeres cuya principal fuente de subsistencia es el intercambio de servicios sexuales impersonales por dinero o beneficios materiales. A diferencia de otros autores, el planteo es más exigente en tanto excluye intercambios sexuales extra maritales con una mera motivación de suplementar el ingreso principal (13).

Una definición de prostitución, desde el punto de vista del cliente es aquella, en la cual hay sexo no reproductivo a cambio de un pago (13).

La prostitución es hoy una práctica legal en muchos países y se la relaciona con la marginalidad y la delincuencia. Muchas mujeres y niños son obligados a ejercerla por bandas criminales (12).

La figura de la prostituta, está ligada a la del **proxeneta** que es la persona que recibe un porcentaje de los beneficios conseguidos por ella. Digamos que el proxeneta actúa como mediador entre la prostituta y el cliente, provee la habitación o el lugar de encuentro donde tiene lugar el servicio sexual, provee (además) de algún tipo de protección. Pero, al final, se puede comprobar que el proxeneta es un extorsionador más, que retiene a las prostitutas bajo su control mediante amenazas y abusos, pudiendo llegar al secuestro (12).

En la Grecia clásica las hetairas (o heteras), era el nombre que recibían las cortesanas, una mezcla de compañía y prostitución (aunque lo de prostitución seguramente es peyorativo o poco exacto). Eran mujeres independientes, algunas de gran influencia, iban vestidas de determinada forma y pagaban impuestos. Era un colectivo formado por esclavas y extranjeras, tenían capacidades para la danza y para la música junto con otros talentos físicos. Al contrario que el resto de mujeres griegas, las hetairas recibían educación, podían tomar parte en los simposios (banquetes) y sus opiniones y creencias eran respetadas por los hombres. Las hetairas guardan un cierto parecido con las oirans japonesas y las kisaeng coreanas (12).

La prostitución es calificada como “el oficio más antiguo del mundo” puesto que hay registros históricos en prácticamente todas las sociedades. Aunque también hay quien discute esta antigüedad (documentada), desde el punto de vista socioeconómico ya que el intercambio de favores sexuales a cambio de bienes materiales, requiere de un cierto tipo de acumulación capitalista o una diferenciación social, que al parecer no se dio hasta que los grupos humanos y la tecnología no rebasaron un cierto umbral (12).

Una de las formas más antiguas de prostitución de la que existen registros históricos es la prostitución religiosa, practicada en Sumeria. Ya desde el siglo XVIII a.C., en la antigua Mesopotamia, se reconocía la necesidad de proteger los derechos de propiedad de las prostitutas. En el Código de Hammurabi se hallan apartados que regulan los derechos de herencia de las mujeres que ejercían dicha profesión. Los historiadores Heródoto y Tucídides documentan la existencia en Babilonia de la obligación para todas las mujeres, al menos una vez en su vida, de acudir al santuario de Militta (diosa llamada así por los asirios) para practicar sexo con un extranjero como muestra de hospitalidad, a cambio de un pago simbólico. La prostitución estaba presente en Cerdeña y Sicilia, así como en varias culturas fenicias, en las que se practicaba como rito religioso en honor de Astarté (12).

La práctica de la prostitución se extendió por todos los puertos del Mar Mediterráneo. En Israel la prostitución era común, a pesar de estar expresamente prohibida por la

ley judía. Profetas como Josué y Ezequiel se oponían a la misma. Existía también como forma religiosa en el reino de Canaán, pero con una particularidad significativa y es que quienes la ejercían eran hombres. En la Biblia (Génesis, 38) también se encuentran historias sobre la prostitución que se practicaba en la sociedad judía, la historia bíblica de Judá y Tamar. La prostituta ejerce su oficio al lado de una carretera, se cubre la cara que la marca como una prostituta disponible (en contraste con las sociedades actuales de Oriente Medio). Exige como pago un cordero, sólo los más acaudalados pueden permitirse pagar estas cantidades por un encuentro sexual. Aunque luego la prostituta no es tal sino Tamar, la nuera viuda de Judá que pretendía engañarle y quedar embarazada (12).

En la Grecia clásica la prostitución era practicada tanto por mujeres como por hombres jóvenes. El término griego para la prostitución es porne, derivado del verbo pernemi (vender). Las prostitutas podían llegar a ser mujeres independientes e influyentes. Ya hemos vistos más arriba el tema de la ropa y los impuestos (12).

Solón fundó el primer burdel (oik'iskoi) de Atenas en el siglo VI a.C. y con los beneficios mandó construir un templo dedicado a Aphrodites Pandemo, diosa patrona del negocio en cuestión. El proxenetismo estaba prohibido. También en Chipre y Corinto se practicaba un tipo de prostitución religiosa, en un templo que contaba con más de mil prostitutas, según Estrabón. Cada categoría especializada de prostitución tenía su propio nombre: chamaitipa'i, que trabajaban en el exterior (tumbadas); perepatetikes, que encontraban clientes mientras caminaban y remataban el encuentro en sus casas; y gephyrides, que trabajaban cerca de los puentes. Ateneo informa que el precio de un servicio era de un óbolo, un sexto de dracma, lo que equivalía al salario medio de un día (12).

La prostitución masculina era común en Grecia, practicada por jóvenes adolescentes, reflejo de las costumbres pederastas de la época. Los jóvenes esclavos trabajaban en burdeles en Atenas, mientras que un muchacho libre que vendiera sus favores se arriesgaba a perder sus derechos políticos al llegar a la edad adulta (12).

En la antigua Roma la prostitución era habitual y había nombres distintos para las mujeres que ejercían la prostitución según su estatus y especialización; por ejemplo las cuadrantarias, llamadas así por cobrar un cuadrante; las felatorias, practicantes expertas de la felación. Así como en Grecia, las prostitutas comunes eran mujeres independientes que llevaban un tipo determinado de vestimenta y que pagaban impuestos. Entre los aztecas las prostitutas eran llamadas áhuiyani (contento/a, satisfecho/a, feliz). Ejercían al lado de los caminos o en edificios llamados Cihuacalli,

en los que la prostitución estaba permitida por las autoridades políticas y religiosas. Las mujeres recibían mercancías de uso como dinero a cambio de favores sexuales y tenían un bajo estatus social. En la Edad Media la prostitución se desarrolló de manera considerable en Europa. Los burdeles eran regentados por los propios municipios (12).

A raíz de la Reforma y de la aparición de epidemias de infecciones de transmisión sexual en el siglo XVI, la prostitución se vio sometida a control y únicamente tres hombres podían tener relaciones con una mujer al día (12).

2.2.1.2. Tipos de prostitución

Existen diferentes tipos de trabajo sexual o tipos de mercados donde se organiza la venta del sexo. No obstante, hay una atención desproporcional, focalizándose más en ciertos tipos (prostitución en la calle, clubes de striptease, prostitución ilegal) que en otros (industria de la pornografía, prostitución fuera de la calle, agencias de sexo telefónico, prostitución legal), más en cierto tipo de actores (mujeres) y menos en otros (gerentes, clientes, hombres, transexuales, etc.).

Los criterios más relevantes para clasificar los mercados del trabajo sexual son siete. **En primer lugar**, es clave el tipo de servicio ofrecido. Por servicio sexual directo se entiende que se está vendiendo un tipo de contacto físico de naturaleza sexual no necesariamente penetración o relaciones sexuales. Cuando el intercambio sexual no necesariamente involucra contacto físico se habla de servicios sexuales indirectos (Sanders et al 2009). Dentro de éstos últimos se encuentra el striptease, las líneas telefónicas sexuales, la pornografía, baile exótico, etc.

En segundo lugar, está el escenario o lugar del trabajo sexual. Más precisamente, se refiere a donde se solicita o requiere el servicio sexual, ya que el acto sexual propiamente dicho puede ocurrir en el propio espacio público (en la calle o en un auto), en un hotel, o en algún tipo de local. La literatura suele marcar una clara diferencia entre la prostitución en la calle y la ejercida en diversos tipos de locales. Se señala que en las trabajadoras sexuales que trabajan en la calle se caracteriza por: i) tener peores condiciones laborales y menor capacidad de negociación asociadas a estar experimentando profundas necesidades económicas y/o financiar el consumo de drogas; ii) viven y trabajan en zonas deterioradas socialmente y con altos niveles de criminalidad; iii) poseen alta vulnerabilidad a ser atacados y victimizados en las calles; iv) tienen mayor riesgo de involucrarse en formas no protegidas de sexo y contraer

enfermedades sexuales; v) se encuentran explotadas y abusadas por una tercera parte. No obstante, es erróneo asumir excesiva homogeneidad al interior de la prostitución en la calle, observándose una relevante segmentación al interior de la categoría (14).

Un tercer criterio de clasificación es el **carácter jurídico** del trabajo sexual. Mientras en algunos casos como el de Suecia y el de varios estados de USA se han propuesto una política prohibicionista, en otros países (Holanda, algunos estados de Australia) se ha apostado a la legalización de la prostitución. En otros países han puesto en práctica alternativas como el control de los excesos, externalidades negativas y efectos perversos (regulación) o la remoción de algunos aspectos del marco legal que afectan a la prostitución (descriminalización) (13).

Un cuarto criterio de clasificación es el **tipo y nivel de la tarifa**. Existe una amplia varianza en las tarifas cobradas por los trabajadores sexuales. Algunos autores señalan como el nivel de las tarifas cobradas está asociado al tipo de prostitución ejercida, y fundamentalmente al lugar de ejercicio. Adicionalmente, como ya fuera señalado, el trabajo sexual también puede ser intercambiado por comida, bebidas, transporte, entradas a locales, regalos, refugio, pago de cuentas, pago de la educación, etc. (13).

En quinto lugar, está el nivel de **dependencia laboral** de la trabajadora sexual. En un extremo se encuentra la prostituta que trabaja en forma autónoma como empresaria independiente, y en el otro la que trabaja como empleada. Existe una amplia variedad de situaciones de dependencia laboral que incluyen tanto el ejercicio del trabajo sexual en la calle como en prostíbulos, whiskerías, clubes, etc. Es importante diferenciar dependencia laboral de explotación económica. Existe una idea asentada de la prostituta explotada económicamente por un individuo (el "fiolo"). No obstante, algunas investigaciones demuestran que las mujeres que trabajan para otros individuos muchas veces pueden verse triplemente beneficiadas: trabajar menos, obtener mayores réditos económicos y sufrir menores niveles de victimización (13).

Un sexto criterio, es el **grado de libertad** de las trabajadoras sexuales. Esta libertad involucra tanto la opción por dedicarse a este tipo de trabajo (y su opción por poder abandonarlo en cualquier momento), así como la definición de las condiciones específicas de trabajo: cantidad de horas, tipo de actos sexuales, tipo de clientes, etc.

En un extremo se encuentran trabajadoras sexuales que por la vía de la fuerza, la violencia, la amenaza y el engaño han sido reclutadas para el ejercicio de la

prostitución (trata). Estas mujeres carecen de toda autonomía y son sometidas a prácticas de tipo esclavista en términos de tipo de trabajo, extensión de la jornada, servidumbre por deuda, etc. (15,16)

En otro extremo se encuentran las que ejercen la prostitución en forma libre y sin ningún tipo de coerción o amenazas. Existe todo un conjunto de matices donde se vuelve más complejo identificar los grados de libertad que posee la trabajadora. Por ejemplo, una mujer puede ejercer la prostitución sin coerción o amenaza de coerción, pero contar con escasa libertad para optar por una fuente alternativa de ingresos tanto por razones externas (escasa probabilidad de ser contratada por escaso capital humano, cultural, social, etc.) como por razones internas (creencias distorsionadas acerca de sus posibilidades de desistimiento, preferencias y/o valores adaptados, etc.) (13).

Finalmente, otro criterio para diferenciar los mercados sexuales es la **condición del oferente**, tanto en términos del sexo (mujer, hombre, transexual), como de la edad (adulto o menor de edad). La prostitución masculina suele iniciarse a una edad más temprana, sufren menores niveles de coerción, violencia y control por parte de una persona que se lucra del ejercicio sexual de terceros, posee mayor control sobre sus condiciones de trabajo, suele trabajar en forma más esporádica y transitoria. Por otra parte, los trabajadores sexuales transexuales tienen más probabilidad de sufrir asaltos o violaciones en el trabajo que sus contrapartes hombres. Adicionalmente, parecen ocupar el lugar más bajo en la jerarquía del trabajo sexual, en tanto poseen niveles mayores de infección de SIDA, utilizan las peores locaciones para ejercer, obtienen menos dinero y sufren estigmatización desde las prostitutas no transexuales (14).

2.2.1.3. Establecimientos

Locales nocturnos, lugares abiertos al público. En algunos casos en el establecimiento no hay una relación formal entre la prostituta y el local. En otros casos, el local y la prostituta tienen una relación establecida de común acuerdo. En ambos casos la prostituta termina su jornada en cuanto consigue un cliente que contrate sus servicios. En estos casos parece que ella tiene un entorno de trabajo más seguro (12).

Salones de masaje. Servicio de masajes con “final feliz”. Es decir, la persona que practica el masaje, puede ser hombre o mujer (aunque mayoritariamente son mujeres que prestan sus servicios a hombres), se aviene a prácticas sexuales a cambio de dinero, puede que lo ofrezca el propio local o que sea algo privado entre masajista y

cliente. Las relaciones sexuales se realizan en el mismo lugar donde se efectúan los masajes. También aquí las modalidades son variopintas (12).

2.2.1.4. Situación legal

La situación legal de la prostitución depende de cada país, en algunos es una práctica legal y regulada. En Estados Unidos (salvo en algunas partes del estado de Nevada) la prostitución es ilegal. Todas las formas de prostitución (y pornografía) son ilegales en la República Popular China. También es ilegal en Corea del Sur, Corea del Norte, Birmania, Laos, Mongolia, Vietnam, Sri Lanka, Filipinas. Aunque también es ilegal en Tailandia, en la práctica las autoridades no hacen cumplir las leyes, la actividad es tolerada y es un destino para el turismo sexual. En África, aunque es ilegal, la pobreza puede más que las leyes. Es igualmente ilegal en la mayoría de países musulmanes con penas severas que pueden llevar a la pena de muerte. Hay otros países donde, a pesar de ser ilegal no es un delito grave y se castiga con una multa (infracción administrativa), como en Rusia y en Ucrania (12).

En Centroamérica se persigue a las personas que se dedican a la captación de menores para trabajos sexuales; sin embargo, la actividad sexual es vista como una forma alternativa de trabajo debido a las condiciones socioeconómicas de la zona. El turismo sexual con menores es habitual en Costa Rica (12).

En general, no obstante, las leyes están dirigidas esencialmente hacia la prohibición y persecución de actividades delictivas relacionadas con la prostitución, como la trata de blancas, la esclavitud, la utilización de menores, la extorsión por organizaciones criminales. Por este motivo, en algunos países como Suiza o Australia la prostitución es tolerada pero sometida a una reglamentación bien estricta (12).

El Lobby Europeo de Mujeres, durante la Conferencia de Ministros de la UE sobre Violencia contra las Mujeres, celebrada en Santiago de Compostela en febrero de 2002, puso la prostitución a debate. Se pidió que la prostitución y la trata se consideren como una violación de los derechos humanos de las mujeres. El lobby es partidario de tipificar como delito la compra de servicios sexuales (12).

2.2.1.4. Explicaciones mainstream de la prostitución

La perspectiva mainstream, constituye una forma alternativa de explicar la prostitución. Esta tradición busca encontrar las causas y factores relevantes del

ingreso al mundo de la prostitución, desentendiéndose de la discusión normativa y jurídica referida a la dignidad de ejercer el trabajo sexual. A través de investigación empírica cualitativa y cuantitativa, se pretende asociar causalmente el ejercicio del trabajo sexual a un conjunto de factores decisivos.

Un primer elemento señalado es la **pobreza**. Los ingresos generados por el trabajo sexual, muchas veces constituyen un aporte fundamental para solucionar necesidades económicas y deudas del arreglo familiar al que pertenecen. La ausencia de empleo en las mujeres que ingresan a la prostitución es hecho mencionado en muchos estudios. Pero aun cuando logran ingresar al mercado de trabajo, en general, los ingresos obtenidos por las mujeres suelen ser bajos, y en buena parte de las sociedades es elevado el porcentaje de mujeres pobres que se prostituyen (13).

En segundo lugar, **la exclusión social**, es también mencionada como un factor determinante del ingreso a la prostitución. La exclusión y marginación sufrida por algunos sectores, es tan profunda que ante la ausencia de alternativas financieras y económicas deben recurrir a la prostitución como estrategia de supervivencia. Un caso particular lo constituye el vínculo entre raza/etnia y prostitución. En muchos casos, pertenecer a minorías raciales implica poseer una condición muy desfavorecida en términos de desventajas educativas, sociales y económicas en relación a otros grupos sociales lo cual afecta las probabilidades de ingresar a la prostitución y de hacerlo en forma más temprana (13).

Un tercer elemento señalado es el **carácter**, relativamente **beneficioso o positivo del trabajo sexual**, como fuente de ingresos frente a otras alternativas laborales. El trabajo sexual ofrece características muy ventajosas frente a la mayoría de trabajos: mejores ingresos, mejor forma de pago, horarios más flexibles. Si bien es cierto que es difícil acceder a información fiable sobre los ingresos de la prostitución, la evidencia disponible parece señalar que puede ser considerada una actividad lucrativa, sobre todo en comparación con otros trabajos para mano de obra no calificada. La posibilidad de acceder a estos niveles de consumo determina que individuos pertenecientes a sectores de clases medias, se involucren al trabajo sexual en forma intermitente o continua (17).

El carácter atractivo de la prostitución va más allá del aspecto estrictamente económico. Se menciona su carácter dinámico, excitante, y las posibilidades que ofrece para conocer gente nueva. Se señala un estilo de vida asociado a un mundo más emocionante que en la mayoría de los trabajos. Esta percepción tiende a

predominar al inicio del trabajo sexual, observándose una adaptación y acostumbamiento (a los aspectos positivos y negativos) con el paso del tiempo (13).

Un cuarto factor asociado al inicio en la prostitución, sobre todo a edades tempranas, es la pertenencia a **arreglos familiares problemáticos o disfuncionales**, o donde hay una inadecuada supervisión y cuidado de los hijos.

En algunos casos, se especifica la presencia del abuso de alcohol por parte de los padres. Otros autores hablan en un sentido más general de poseer vínculos sociales y emocionales familiares débiles. En algunos casos las mujeres encuentran en actores del mundo de la prostitución, el afecto, apoyo, atención y compañía, protección en sentido amplio, ausentes en su hogar familiar de origen. Este tipo de vínculos permiten entender no solo el ingreso sino también la continuidad en el trabajo sexual (13).

Otro aspecto asociado a la prostitución frecuentemente citado, lo constituye haber sufrido en el hogar materno/paterno distintas formas de violencia física, emocional, pero fundamentalmente sexual (13).

Hay un debate en torno a la naturaleza de la conexión causal entre violencia sexual y prostitución. Por un lado, se plantea un vínculo directo señalando que el abuso sexual prolongado y continuo tiene un efecto acumulativo en tanto produce un distanciamiento entre emociones y actividad sexual, un deterioro de la autoestima y la confianza, un aumento de la vulnerabilidad que predisponen fuertemente para un ingreso en la prostitución.

Por otro lado, el abuso sexual puede conducir hacia la prostitución pero de una manera indirecta. La experiencia del abuso, promueve el escaparse de casa que conduce a un estilo de vida más riesgoso que incluye, entre otros componentes, la prostitución. En otras palabras, la conexión entre abuso y prostitución está mediada por la variable interviniente huir del hogar. Otra variable interviniente entre abuso e involucramiento en prostitución, es el debilitamiento de la habilidad de los individuos para concentrarse y focalizarse en el trabajo escolar y la interrupción de la educación producto de las experiencias previas de violencia sexual (18).

Un sexto factor asociado, es el tipo de experiencias sexuales vividas por los jóvenes en la adolescencia. Jóvenes con un debut o experiencias más tempranas, con mayor cantidad de actividad sexual precoz, con más cantidad de parejas o compañeros sexuales tienen mayores probabilidades de involucrarse en el trabajo sexual (13).

Un **séptimo factor** señalado, referido en el punto anterior es haberse **escapado del hogar familiar, estar un tiempo prolongado viviendo en la calle y no tener a**

dónde ir o a quién recurrir. Durante estos períodos el joven suele experimentar sentimientos de aislamiento y depresión, y el trabajo sexual constituye una estrategia de supervivencia. Algunas trabajadoras sexuales, declaran haber sido ‘introducidas’ en la prostitución, a través de las personas que conocieron en el contexto de la calle luego de haber huido de su casa (13).

En octavo lugar, un factor muy mencionado es el **consumo problemático de drogas legales o ilegales.**

Muchos autores han planteado que la prostitución es un medio de obtención de recursos para poder obtener drogas. Algunos estudios han mostrado como, ofrecer drogas sustituye a la coerción física como forma de manipulación y control en el trabajo sexual fundamentalmente a las prostitutas adictas y/o que trabajan para comprar drogas. Ello determina no solo que se prostituyan, sino que lo hagan de forma particularmente desventajosa: disminuir las tarifas cobradas, sufrir mayores problemas de violencia y salud, etc. (19).

En noveno lugar, algunos refieren a la **educación** como factor adicional para evitar el ingreso en la prostitución. Las instituciones educativas proveen un ambiente menos riesgoso donde los individuos pueden pasar el tiempo y puedan evitar el estilo de vida peligroso que favorece el ingreso al trabajo sexual. Adicionalmente, el bajo nivel educativo puede ser un obstáculo para acceder a empleos calificados y bien remunerados que ofrezcan una alternativa efectiva frente al trabajo sexual (13).

Un décimo punto mencionado por la literatura especializada es la **identidad.** Parte de lo que explica porque algunas mujeres se mantienen en la prostitución es su aceptación como ocupación o incluso destino, independientemente de que sea de su agrado o no. No solo no evalúan la posibilidad de abandonar la prostitución, sino que incluso exhibe orgullo por su trabajo, y se consideran buenas en su ejercicio y/o poseer personalidad adecuada para ello. De todas maneras, en qué sentido las mujeres han desarrollado una identidad de prostitutas, es una pregunta difícil de responder que involucraría no solo sentimientos de orgullo y auto eficacia, sino también racionalizaciones, normalización de actividades estigmatizadas, etc. (13).

Un undécimo elemento, lo constituye la experiencia de haber estado **internado en instituciones de amparo.** Este tipo de instituciones pueden proveer la oportunidad de contactarse con otros ya involucrados en prostitución que hagan más susceptible el ingreso (18), muchos hogares carecen de personal preparado y capacitado para atender a estos jóvenes. Por otra parte, la experiencia de estar en hogares de amparo puede tener un efecto estigmatizador y marginador (13).

Otro elemento señalado, es la importancia de los grupos de pares y parejas que cometen delitos y/o están vinculados al mundo de la prostitución. Los individuos se transforman en trabajadores sexuales, en respuesta a un exceso de actitudes favorables al trabajo sexual que han aprendido de otros, sumado a buenas oportunidades para realizar trabajo sexual.

Se observa un vínculo entre la migración rural – urbana y prostitución. Muchas mujeres y adolescentes provienen de áreas rurales, pobres con escasas oportunidades, por lo cual, optan por emigrar hacia zonas urbanas más desarrolladas en busca de trabajo. En ocasiones, acceden a puestos informales y mal pagos y eventualmente se vuelcan hacia el trabajo sexual. Otras veces no logran encontrar trabajo y directamente comienzan ejerciendo la prostitución como forma de lograr mantener financieramente a ellas y sus familias (13).

En el tercer mundo, se observa un vínculo entre la migración rural – urbana y prostitución. Muchas mujeres y adolescentes provienen de áreas rurales, pobres con escasas oportunidades, por lo cual, optan por emigrar hacia zonas urbanas más desarrolladas en busca de trabajo. En ocasiones, acceden a puestos informales y mal pagos y eventualmente se vuelcan hacia el trabajo sexual. Otras veces no logran encontrar trabajo y directamente comienzan ejerciendo la prostitución como forma de lograr mantener financieramente a ellas y sus familias (13).

Es importante distinguir, el ingreso voluntario en la industria sexual de aquel marcado por la coerción asociado a los procesos de tráfico de personas. El reclutamiento y transporte de mujeres y adolescentes a través de las fronteras puede involucrar coerción física, violencia, explotación sexual, engaño, abuso de poder o autoridad. También puede involucrar explotación laboral, servidumbre por deudas y otras prácticas esclavistas una vez que las mujeres están involucradas en el trabajo sexual (15).

2.2.1.5. Abstracción como mecanismo de defensa y legitimación

Los conceptos del «mí» y el «yo» son utilizados para explicar el surgimiento de la persona. Según estos conceptos la persona se constituye como tal, solo cuando se convierte en objeto para sí; esto se da solo cuando adopta las actitudes de los otros individuos hacia él, bajo un proceso de abstracción. Esta abstracción es un pensamiento preparatorio (conversación interna) para la acción social que involucra necesariamente a otra persona. El «mí» representa a las actitudes organizadas pertenecientes a un determinado subuniverso, a las cuales el individuo reacciona como un «yo». El «yo» es la reacción al «mí» social, no siempre predecible: permite

creatividad y subversión en la acción, lo que implica el supuesto previo de que no es posible pensar, si no se ha internalizado el sistema de significaciones sociales. Solo así es posible cuestionarlas. Es posible decir que el comportamiento esperado del subuniverso mayor, puede verse reflejado en las actitudes del «mí» social que suponen las normatividades sociales y culturales de una comunidad. En la prostitución, es posible afirmar la existencia de un «yo» subversivo que cuestiona y se aleja de su «mí» social; esto permite ubicarlo dentro del subuniverso menor que deconstruye el estigma y genera permisividad. El «yo» subversivo cuestiona e innova con respecto a su accionar esperado las significaciones que trae consigo. El «yo» subversivo de la mujer que se prostituye se hace evidente en tres situaciones. La primera supone a un «mí» social, que en su corporeidad es acompañado de un cuerpo aculturado a partir del subuniverso en el que se encuentre inserto. El «yo» subversivo cuestiona la conformación de su cuerpo, transforma su aculturación, lo modifica y le añade nuevos significados. La mujer que se prostituye, al tomar el rol de prostituta, agrega características desde la idea de mujer virtuosa, se disfraza, ya que viste su cuerpo y actúa de manera provocativa, maquilla su rostro, y se transforma en su papel para colocarse en una situación y un espacio que permite representarlo. Por otro lado, en la segunda situación, el «yo» no se satisface por una necesidad impuesta socialmente —como lo sería el caso de una sociedad capitalista tradicional—, se caracteriza por un deseo hacia lo nuevo. Ese deseo implica, por parte de la mujer que se prostituye, el querer controlar sus acciones fuera del estimado del subuniverso mayor. Supone una innovación por el hecho de compartir y transitar a través de las fronteras de dos subuniversos, a partir de su propia disposición, aun cuando haya comportamientos que se mantengan, como el del «trato de pareja». Finalmente, el «yo» subversivo de la mujer que se prostituye, dentro de la cooperación intersubjetiva, supone al «yo» subversivo del cliente; y es que la intersubjetividad supone la participación y encarnación del otro para la formación de significados: la comunicación no deposita todo el pensamiento, sino la voz, los gestos, las palabras, los movimientos. Esto crea significados en compañía del otro; implica una expresión hacia otro. Además, considerando que las mujeres que se prostituyen comparten y transitan entre las fronteras de dos subuniversos, hay partes de su persona que solo existen en uno u otro. Existen dos líneas distintas de comunicación dependiendo del subuniverso en el que la mujer que se prostituye se encuentre. Así, se obtienen dos series de actividades que permiten la disociación de la persona. Para el caso específico de la posibilidad de abstracción del «yo» en el subuniverso menor, se señala que «las disociaciones tienen tendencia a darse cuando un acontecimiento conduce a perturbaciones emocionales. Lo que es separado sigue su propio camino»

[...] «es concebible que, bajo un anestésico, se produzca una disociación de las experiencias, de modo que los sufrimientos de uno ya no le pertenecen». Esto se ejemplifica en el discurso de las entrevistadas con respecto a la incomodidad de su primera como prostitutas, y también para la separación voluntaria de su placer.

El anestésico, para el caso de la prostitución, se refiere a la posibilidad de abstracción del «yo» de la mujer que se prostituye como técnica mecánica que permite dejar de lado los estigmas que su «mí» tiene inserto. La mujer, entonces, ya no reacciona hacia algo que inicialmente la incomodaba: ha mecanizado su actividad porque, racionalmente, la ha objetivado y la ha relacionado a su papel como prostituta dentro de su lugar de trabajo, conjuntamente con el papel del cliente. Esto, sin embargo, no invalida la posibilidad de que la mujer que se prostituye pueda sentir nuevamente incomodidad en ciertos momentos y situaciones. El papel de prostituta, finalmente, termina por performarse dentro de una situación imaginaria a modo de actuación motivada, además, por una necesidad económica. Sin embargo, esta objetivación y situación imaginaria no necesariamente se mantiene constante. La mujer que se prostituye transita entre dos subuniversos, por lo que al salir del subuniverso menor y caer en consideración del estigma que posee su actividad, es posible que recuerde la incomodidad que originalmente le producía su trabajo.

Las mujeres que se prostituyen incorporan y desincorporan su experiencia continuamente: la valorizan y la desvalorizan, partiendo del hecho de la incomodidad inicial en paralelo a la necesidad económica, las cuales justifican la necesidad del anestésico, situación imaginaria y del tránsito entre subuniversos. Es a partir de este supuesto que la mujer que se prostituye no se entrega constituida como persona mientras actúa, mientras realiza su actividad y remite a su fase subversiva del «yo», lo que implica además, bajo la idea de cooperación productiva del trabajo inmaterial, que el cliente (coproductor) también se encuentre en la fase subversiva de su «yo». La conducta social en la prostitución puede entenderse como un proceso subversivo y creativo por parte de los actores involucrados que utilizan la abstracción del «yo» dentro de una situación en particular —dentro de un prostíbulo— para dejar de lado las normatividades y valores sociales representados en el «mí» que implican estigmatizaciones con respecto de los significados de la prostitución; así también como la justificación de la elección de la actividad debido a necesidades económicas. Esto permitiría, de alguna manera, la posibilidad de eliminar el estigma y de legitimar su actividad dentro de su establecimiento de trabajo (20).

2.2.1.6. El significado del ejercicio de la prostitución

Es para todos, conocido que una misma experiencia es vivida por cada uno de manera diferente. El mismo hecho adquiere matices, despierta sentimientos diferentes, y se lee de una manera única y personal. Por ello, el significado que adquiere la prostitución para la mujer que la ejerce contempla elementos diversos. Son historias únicas que merecen ser escuchadas con la sola intención de compartir vida y entender significados y conductas.

Un entorno que estigmatiza y excluye en la sociedad actual, se constata el rechazo que por una gran parte de población, de la sociedad actual, merece la persona dedicada a la prostitución. Es más, en diferentes culturas y sociedades a nivel privado o personal la palabra “puta” tiene significado insultante y peyorativo. Es obvio que tal palabra tiene connotaciones estigmatizantes. Incluso desde aspectos de moral tradicional-conservadora, que perdura en muchos sectores de la sociedad, la persona que se prostituye es mala, es mala madre y mala esposa, perversa, degenerada o viciosa. De manera menos radical, aunque también estigmatizante, se les considera víctimas de situaciones económicas o familiares, manipuladas por otros y dependientes de situaciones de imposible salida, se desprecia su afectividad y su vida privada sexual y amorosa. Actualmente también son consideradas como las víctimas de redes para la explotación sexual y del tráfico en la inmigración ilegal.

También resulta incuestionable, que esa situación de marginalidad o exclusión social determina una específica problemática, tanto en lo que afecta a su salud e integridad física, como a los derechos ciudadanos de las prostitutas. Actualmente la situación de doble moral sigue existiendo en nuestra sociedad, pero de manera incluso inconsciente, asimilada en muchos casos cultural y socialmente. El ejercicio de la prostitución, se sigue considerando una actividad de trabajo «no normalizado» y a la vez desprestigiado que no está bien visto. Se ha creado el convencimiento en muchas personas de que la prostitución es irremediable, e incluso se intenta argumentar sobre su necesidad o conveniencia de mantenimiento. En general, el entorno social actual, mucho más permisivo, tolerante y acrítico, suaviza la radicalidad de la moral tradicional e intenta afrontar el hecho de la prostitución desde diferentes perspectivas

Partiendo del significado único que para cada mujer representa el ejercicio de la prostitución pero con el objetivo de estructurar la realidad y para favorecer una mejor comprensión de la misma, se observa en estas mujeres dos tipos fundamentales de discursos: **un primer discurso** en el que la mujer comparte la visión de que es una actividad degradante y que sólo se realiza por necesidad económica y por incapacidad

de acceder a un puesto de trabajo normalizado. En estos casos también se presentan dos situaciones: mujeres que no consiguen adaptarse al tipo de vida y al hecho de prostituirse, pero se mantienen en ella porque no cuentan con otra opción (presión de la deuda), y en segundo lugar mujeres que consideran el ejercicio de la prostitución como algo temporal y circunstancial y son capaces de proyectarse al futuro, un futuro que ya no tiene nada que ver con el mundo de la prostitución. **Un segundo discurso** en el que la mujer se identifica con lo que hace, y no tiene ningún planteamiento de abandono del ejercicio de la prostitución. Este discurso suele ser más minoritario. Esta primera división, presenta tres tipos de mujeres distintas, que leen su misma realidad de manera diferente, y que por tanto despierta en ellas sentimientos, pensamientos y conductas diversas. En los tres casos, las consecuencias psico-sociales van a ser diferentes y por tanto, también será diferente el modo de intervenir (7).

2.2.2. Infecciones de transmisión sexual

2.2.2.1. Generalidades

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), son infecciones causadas por diversos agentes (bacterias, virus, parásitos, protozoos, etc.) y cuyo mecanismo de transmisión es el contacto sexual: genital, oral o anal, condición que les da su principal característica y que tiene implicancias en la prevención, pues se relaciona directamente con el "comportamiento sexual" del ser humano, y por lo tanto, con un acto de decisión personal. Las ITS son universales, no respetando razas, sexos, edad, cultura, creencias religiosas, situación socioeconómica, etc. Constituyen aún un importante problema de Salud Pública en todo el mundo a pesar de los esfuerzos por controlarlas y eventualmente erradicarlas como ha sucedido con otras enfermedades infectas contagiosas. Las modernas tecnologías usadas en el diagnóstico de laboratorio permiten identificar con mayor eficiencia los agentes causales, y el desarrollo de nuevos antibióticos permiten tratar con mayor eficacia, interrumpiendo así la transmisión. Algunas infecciones de transmisión sexual son (21).

2.2.2.2. Candidiasis vulvovaginal

2.2.2.2.1. Definición

Es una infección causada por diferentes especies del género *Cándida*. La micosis se caracteriza por prurito vulvar y vaginal, con presencia de secreción blanquecina, a veces grumosa, que cubre la vulva y las paredes de la vagina, y, además, eritema y edema difusos.

Se considera que la candidiasis vulvovaginal, es un problema universal que afecta a millones de mujeres en todo el mundo. La mayoría presenta una infección candidiásica vulvovaginal, al menos, en una ocasión a lo largo de su vida. Además, la mitad de ellas presenta, al menos, dos o tres episodios infecciosos en un año. La principal especie involucrada en la candidiasis es *Cándida albicans* (22).

El embarazo es un factor predisponente para desarrollar la enfermedad, debido a los altos niveles de glucógeno y a la elevada carga hormonal, razón por la cual muchas mujeres sufren varias infecciones a lo largo del embarazo, especialmente en los últimos meses. Después del parto, los niveles hormonales cambian y las infecciones suelen desaparecer, ya que el medio vaginal no favorece el crecimiento de hongos.

2.2.2.2.2. Clínica

El factor clave a considerar en la patogénesis de Candidiasis Vaginal, es que de ser un microorganismo comensal, puede evolucionar a agente causal de vulvovaginitis, con cuadros excepcionales invasivos o diseminados, en cuyos casos sigue la misma vía de infección que cualquier otro microorganismo: colonización y adhesión de *C.albicans* a la piel o mucosa, penetración de la mucosa y barrera epitelial, infección local y diseminación.

El cuadro clínico es bastante característico, siendo los síntomas principales prurito y ardor vaginal, los que se pueden exacerbar posterior a actividad sexual o durante la micción. Los hallazgos clínicos incluyen edema y eritema de vestíbulo, labios mayores y menores, con la presencia de flujo vaginal blanco, sin olor, espeso, similar a leche cortada o cuajada, que se desprende en forma fácil de las paredes vaginales (23).

2.2.2.2.3. Diagnóstico

Se realiza en forma fácil por el cuadro clínico antes descrito, pero ante la duda del agente causal de vulvovaginitis, se puede realizar test con KOH al 10% en flujo vaginal que revela la presencia de hifas o pseudohifas, o bien a través de la aplicación de cultivos específicos para hongos (23).

La vulvovaginitis por *C. albicans* es la de mayor frecuencia entre las mujeres y puede afectar a un 75% al menos una vez en su vida, sobre todo en edad reproductiva. En el 40-50% de los casos presenta una nueva recurrencia y en un 5-8% se convierte en una patología crónica que afecta a la calidad de vida. *C. albicans* puede colonizar la

vagina sin manifestarse clínicamente ni indicar infección. La cuota asintomática es del 35% en mujeres embarazadas. De hecho, durante la gestación se alcanzan altas concentraciones de estrógeno que incrementa el contenido de glucógeno en la vagina, proveyendo de una fuente de carbono a *C. albicans* que favorece su germinación y adherencia a las células epiteliales vaginales, haciéndoles capaces de penetrar la pared vaginal. Por todo ello, existe una mayor prevalencia de colonización vaginal y de vaginitis en mujeres embarazadas que en no embarazadas de edades similares. Además, las recurrencias son más frecuentes en embarazadas y la respuesta al tratamiento es menor en ellas. Por tanto, un ambiente ácido en la vagina representa una gran protección contra la mayoría de microorganismos patógenos causantes de la amenaza de parto prematuro, aunque algunos de ellos, especialmente los hongos, pueden reproducirse en el ambiente ácido (24).

2.2.2.3. Tricomoniasis

2.2.2.3.1. Definición

La vaginitis por *Trichomonas vaginalis* es una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes, resulta de la infección del tracto urogenital por el protozoo flagelado, *Trichomonas Vaginalis*, que se trasmite sexualmente y puede coexistir con otras infecciones de trasmisión sexual.

La tricomoniasis afecta a las mujeres también durante el embarazo, pero aún no se ha determinado si es responsable del parto prematuro y otras complicaciones en esta etapa.

El diagnóstico de la infección por *Trichomonas vaginalis* durante el embarazo reviste gran importancia ya que dicha infección predispone a rotura prematura de membrana y bajo peso al nacer

Los síntomas característicos son: flujo profuso, maloliente, de color blanco a verdoso, muchas veces espumoso, que causa prurito y disuria. Muchas mujeres son asintomáticas. El cuello uterino aparece con un aspecto de frutilla, en el cual se observa múltiples puntos rojos, como alfiterazos. También puede existir eritema y edema vulvovaginal (25).

La tricomoniasis es una parasitosis cosmopolita. Las cifras de frecuencia van del 10 al 25% en mujeres adultas. Sin embargo, puede llegar a cifras de 60 a 70% en población de mujeres que tienen varios compañeros sexuales con higiene personal deficiente y nivel socioeconómico bajo (26).

Con cierta frecuencia se le puede encontrar con otra infección adquirida por contacto sexual, como la producida por *Neisseria Gonorrhoeae*.

El diagnóstico de Tricomoniasis se basa en la demostración de la presencia de *Trichomonas vaginalis* en las secreciones de las pacientes mediante el microscopio de luz o por cultivo que es el método más sensible (24).

2.2.2.3.2. Fisiopatología de la infección

El pH alcalino es ideal para que *T. vaginalis* produzca la infección. Durante la excitación y el acto sexual la mujer secreta fluidos que aumentan el pH vaginal, normalmente ácido (2-4,8); además el semen, que es alcalino, favorece la trasmisión del parásito.

Los mecanismos de patogenicidad de *T. vaginalis* son de dos clases, a saber: los dependientes y los independientes del contacto.

Mecanismos dependientes del contacto: unión entre el parásito y la célula epitelial. La adherencia del parásito a la célula está mediada por las siguientes proteínas de unión presentes en *T. vaginalis*: AP 120, AP65 (esta proteína genera la respuesta inmune porque está presente en gran parte de la membrana del protozoo), AP51, AP33 y AP23. Tras la adherencia *T. vaginalis* adopta una forma ameboide que aumenta su contacto con la célula. Para que la adherencia se a eficaz, es necesaria la presencia de cisteína-proteinasa ubicadas en la superficie del parásito. Se conocen 11 de estas enzimas que intervienen en el proceso y una de ellas está involucrada en la apoptosis de la célula epitelial. El parásito finalmente se une a la laminina y la fibronectina del epitelio vaginal. Además *T. vaginalis* está recubierta por lipofosfoglucono (LPG), molécula muy importante para su adherencia a la célula epitelial (27).

Para su nutrición, *T. vaginalis* aprovecha el glóbulo rojo, utilizando el colesterol de su membrana y el hierro de la hemoglobina que transporta. Para ello tiene en la superficie dos carbohidratos importantes en la adherencia a los eritrocitos y la lisis de los mismos: D-lactosa y N-acetil B-D-glucosamina.

Mecanismos independientes del contacto: intervienen el factor de desprendimiento celular (CDF, por su sigla en inglés), los desechos del parásito y la merma de la concentración de estradiol en la vagina. Cuando el CDF interactúa con la célula epitelial, induce su desprendimiento. Se acepta que el CDF es un marcador de virulencia porque al elevarse su concentración aumenta la sintomatología. Durante la

menstruación el déficit de estrógenos aumenta la concentración de CDF y da lugar a una sintomatología más fuerte (27).

2.2.2.4. Infección gonocócica

2.2.2.4.1. Definición

Es el resultado de la infección por *Neisseria gonorrhoeae*, un diplococo gramnegativo que solo infecta a humanos y causa un amplio espectro de síntomas clínicos.

El *Neisseria gonorrhoeae* fue identificado por Albert Neisser en el exudado uretral de un paciente varón, en 1879, y luego aislado por Leistikow, en 1882. Es un diplococo gramnegativo, inmóvil, carece de cápsula y produce una endotoxina. Es un aerobio delicado y facultativo.

Se ha identificado cuatro tipos de colonias. Los tipos 1 y 2 son más virulentos que los tipos 3 y 4, que carecen de pilis. Los pilis son finos ápices de las clases gonococas y, al parecer, determina la virulencia. Además de la presencia de los pilis, la virulencia se expresa por la producción de endotoxinas, resistencia a la muerte por el suero y desarrollo de resistencia a la penicilina.

Es una infección principalmente de adolescentes y jóvenes adultos. Excepto en neonatos, las infecciones gonocócicas son casi siempre consecuencia de transmisión sexual y el riesgo de adquisición de gonorrea está influenciado por un número de covariables relacionadas a la susceptibilidad del individuo, a las parejas y prácticas sexuales. Se reconoce que son factores de riesgo la edad, la promiscuidad, el estado socioeconómico y el estado civil. La mayor parte de las infecciones ocurre entre los 16 y 24 años de edad; las promiscuas, las de menores recursos y las de estado civil irregular o soltera, se infectan más (26).

2.2.2.4.2. Clínica

N.gonorrhoeae puede infectar útero, cérvix y Trompas de Falopio, con el eventual riesgo de infertilidad o embarazo ectópico. La gran mayoría de las embarazadas son asintomáticas y sólo algunos reportes aislados señalan algunas manifestaciones como flujo vaginal mucopurulento proveniente del endocérvix, disuria, inflamación de glándulas de Skene y Bartholino. La endocervicitis puede desencadenar rotura prematura de membranas precoz, coriamnionitis, aborto séptico, RCIU, prematuridad y sepsis postparto. El cuadro de proctitis se desarrolla en el 50% de las mujeres con gonorrea, sobre todo ante la presencia de relaciones sexuales anales. Otro grupo

puede desarrollar faringitis gonocócica, también asintomática, siendo la faringe el único sitio afectado en muchos casos (23).

2.2.2.5. Infección por *Clamidia trachomatis*

2.2.2.5.1. Definición

La infección por *Clamidia* puede afectar una serie de órganos, incluyendo el aparato genitourinario. El grupo *Chlamydiae* corresponde a pequeñas cocáceas agrupadas en cadena gram negativos que infectan el epitelio escamocelular e incluyen al grupo *Chlamydia*, donde *Chlamydia trachomatis* es la especie principal.

En el embarazo no existe claridad de asociación directa entre esta infección y parto prematuro, rotura prematura de membranas (RPM), bajo peso al nacer o muerte neonatal, pues si bien muchos estudios han mostrado esta asociación, otros no han sido capaces de comprobarlas. Se postula que aquellas pacientes con IgM positivos para *C.trachomatis* durante el embarazo, serían indicadores de infección aguda y por tanto, con un mayor riesgo de resultado perinatal adverso que aquellas pacientes con infección crónica. Por su parte, en el recién nacido la infección puede ocasionar conjuntivitis neonatal y neumonía (23).

Su mecanismo de patogenicidad presenta dos fases: una extracelular, durante la cual la bacteria forma una especie de spora, al tomar contacto con la célula huésped, llamado cuerpo elemental, y que es resistente al medio ambiente. La segunda fase, una vez fagocitada por la célula, se transforma en un cuerpo reticulado, que por un lado impide a través de distintos mecanismos la lisis de este fagocito y por otro, la síntesis de DNA, RNA y proteínas, utilizando la energía de la célula huésped para formar más cuerpos elementales y así infectar otras células. La transmisión entonces, es a través de contacto directo, donde un hombre infectado puede transmitir al 25% de sus parejas sexuales, así como también la transmisión vertical en un 50-60% de los casos, especialmente en la segunda fase del parto (23).

2.2.2.5.2. Clínica

A diferencia de otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), *C.trachomatis* puede ser asintomática en la mayor parte de la población (80%). La sintomatología puede incluir flujo vaginal, sangrado vaginal postactividad sexual o sin relación a menstruación, dispareunia, entre otros. Siempre se debe considerar como factor causal en recién nacidos con cuadro de neumonía, sobre todo afebril y conjuntivitis.

El cultivo de *C. trachomatis* es difícil de obtener con muchos falsos negativos, por factores como técnica de procesamiento (por ejemplo, cadena de frío) y por el número alto de recursos que implica su procesamiento, entre otros factores. Sin embargo, es el único medio recomendable en caso de sospecha de abuso sexual o en situaciones específicas como conjuntivitis de inclusión en niños y trachoma ocular. En el caso de toma de muestras de cérvix, el epitelio columnar del endocérvix es el sitio blanco más frecuentemente afectado por este microorganismo en la mujer. Las muestras son obtenidas con torundas, una vez visualizado el cuello uterino con ayuda de un espéculo sin lubricantes. Luego de limpiar el ectocérvix y orificio cervical, se introduce una torunda de algodón en el canal endocervical, la distancia suficiente como para que no se observe la punta de algodón. Se efectúa una rotación por algunos segundos y se retira cuidando de no contaminar con secreción vaginal. Las muestras para cultivo y Reacción de Polimerasa en Cadena (RPC), son inoculadas en buffer sacarosa fosfato (2SP). Para el diagnóstico mediante Inmunofluorescencia Directa (IFD), la muestra es rodada sobre un portaobjeto limpio (28).

2.2.3. Consecuencias psicológicas

2.2.3.1. Autoestima baja

A la autoestima se la puede considerar como la valoración que el sujeto realiza de la imagen de sí mismo. Esta es la evaluación basada en la opinión que cada persona tiene acerca de sí misma, realizada en función del conjunto de pensamientos y experiencias de las que se ha ido nutriendo, principalmente durante la infancia y la adolescencia. Dicha valoración contiene inevitablemente ciertos elementos subjetivos que delimitan e influyen en el sentido e intensidad de sus manifestaciones. La autoestima reside en la base de la construcción de actitudes positivas de un individuo con respecto a sí mismo, sus experiencias y hacia los demás. De ahí la importancia de formar una buena autoestima. La autoestima puede considerarse como uno de los pilares sobre los que se construye la personalidad, y uno de los más potentes predictores del grado de ajuste psicológico durante la adolescencia y la adultez. La autoestima puede hacer de prisma a través del cual cada individuo se ve a sí mismo y al mundo que le rodea (29).

Las personas de baja autoestima, además de evidenciar una autovaloración negativa, suelen juzgar menos favorablemente sus ejecuciones aun cuando sean objetivamente comparables a las de los demás. También se ha dicho que una autoestima baja produce violencia. Que la gente cuya autoestima es baja tratará de alcanzar niveles

más altos por medios violentos, dominando agresivamente a otros. Pero, al mismo tiempo, suele afirmarse justamente lo contrario: lo que se conecta a la violencia es, precisamente, la autoestima alta, combinada con amenazas al ego. Cuando los puntos de vista favorables sobre sí mismos son cuestionados, impugnados, burlados o retados, la respuesta normal debe ser agresión contra la fuente amenazante. Y esto debe ser especialmente cierto si se trata de personas que poseen un punto de vista positivo pero no realista sobre sí mismos.

Para la teoría psicodinámica, parece muy claro que las raíces de una autoestima pobre deben hallarse en: **(a)** un auto-concepto patológico (personas que se ven a sí mismas como muy gordas aun cuando se hallan dentro de límites de peso normales); **(b)** un súper yo primitivo (las expectativas parentales internalizadas no han sufrido modificaciones desde la niñez y ello hace al individuo adulto vulnerable ante la depresión al sentirse 'por fuera' de esas expectativas); y **(c)** un yo ideal o auto imagen no realista, que conduce al individuo a mantener auto percepciones poco felices de sí mismo (30).

2.2.3.2. Depresión

2.2.3.2.1. Definición

Es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundas. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, ya demás grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

La depresión clínica se considera como una condición médica que afecta el estado de ánimo, la conducta y los pensamientos. Cambia la manera en que una persona se siente, actúa y piensa. Cosas que eran fáciles y agradables, como pasar un tiempo con la familia y los amigos, leer un buen libro, ir al cine o a la playa, en este estado toman más esfuerzos y a veces son casi imposibles de realizar. Comer, dormir y hacer las relaciones sexuales, puede llegar a ser un verdadero problema (31).

Para la Organización Mundial de la Salud, es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes pasan por circunstancias vitales adversas tienen más probabilidad de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión. Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa (31).

La depresión a menudo coexiste con otras condiciones médicas como enfermedad cardíaca, derrame cerebral, cáncer, VIH/SIDA, diabetes, y la enfermedad de Parkinson. Estudios han demostrado, que las personas que padecen depresión además de otras enfermedades médicas graves, tienden a presentar síntomas más graves, tanto de la depresión como de las enfermedades médicas, a adaptarse con mayor dificultad a su condición médica, y a tener que afrontar costos médicos más altos que aquellas que no tienen depresión coexistente. Investigaciones han obtenido una cantidad creciente de evidencia de que tratar la depresión también puede ayudar a mejorar la evolución de la enfermedad concurrente (31).

2.2.3.2.2. Clasificación

Sin depresión.

Depresión leve.

Depresión moderada.

Depresión severa (31).

2.2.3.3. Tristeza

La tristeza del latín *tristitia*, es la cualidad de estar triste, lo que significa estar afligido, apesadumbrado (32).

La tristeza, clasificada como emoción primaria, junto con la ira, el temor, la felicidad, el enfado, la sorpresa, el disgusto, se considera una emoción negativa. Se ha de destacar que las emociones negativas duran más y son más frecuentes que las emociones positivas, debido a que en la cotidianidad se suceden más hechos y situaciones frustrantes que satisfactorias. Ambos tipos de emociones, positivas y negativas, forman parte de la interacción con el ambiente; a su vez, la persona las regula ejerciendo una determinada influencia en el comportamiento y el ajuste. Es

necesario controlar de alguna manera las emociones negativas para que no produzcan conductas desadaptativas o trastornos psicológicos en el individuo. Este control se ejerce mediante estrategias de autorregulación emocional (33).

Se considera que la tristeza ayuda al individuo a expresar la emoción que le provoca una situación de pérdida o decepción y favorece la reflexión y el autoconocimiento. Por lo tanto, a pesar de ser una emoción negativa, la tristeza presenta un lado adaptativo provocando la expresión de las personas y siendo útil para relacionarse con los demás, obtener sus cuidados y preparar al individuo frente al estrés, también se plantea que la tristeza tiene una función adaptativa para responder a eventos negativos y una función social para recibir apoyo y ayuda (33).

La tristeza está relacionada con la pérdida o el fracaso, actual o posible, de una meta valiosa, entendida como un objeto o una persona. Se puede experimentar la tristeza ante el recuerdo de una pérdida, ante la pérdida actual o ante la posible pérdida en el futuro (33).

La estructura temporal de la tristeza puede ubicarse en el pasado, en el presente y en el futuro. En general, la tristeza es provocada por la vivencia de la separación o la pérdida de vínculos afectivos, el fracaso en alcanzar metas importantes o la pérdida de autoestima, las guerras, los atentados entre otras causas. No son los acontecimientos en sí mismos ni la cantidad de acontecimientos lo que influye en los sentimientos de tristeza sino la interpretación que las personas hacen de éstos (33).

2.2.3.4. Sentimientos de culpa

Se puede definir al sentimiento de culpa, como una emoción no agradable que todos los seres humanos pueden experimentar y que sirve para guiar la conducta, controlando los impulsos, existiendo dos vertientes, el sentimiento de culpa real, que aparece ante un hecho objetivo o el sentimiento de culpa infundado, cuando la culpa no está justificada; el primer proceso se considera normal y el segundo puede llegar a ser patológico (34).

- ***Sentimientos de culpa reales***

Ante un hecho objetivo rechazable ética y moralmente, una persona puede albergar un sentimiento de culpa normal, seguido de arrepentimiento. Hay una causa real que

justifica que la persona se sienta mal y culpable. A este tipo de culpa la psicóloga Laura Rojas-Marcos lo denomina: “La culpa real”. Para ella: “La culpa real se encuentra en la conciencia de forma que, cuando se obra mal, ésta indica qué se ha actuado mal”. Este sentimiento sirve pues para rectificar sobre los errores, abre el camino hacia la empatía, se pide perdón y la persona se rinde. Cuando el sentimiento de culpa es real y se es capaz de pedir perdón por la falla al ser perdonado este sentimiento suele abandonar el ser y entonces se puede volver a la normalidad, al equilibrio y la homeostasis interna (34).

- ***Sentimientos de culpa infundados***

Cuando no hay una causa objetiva ni real del sentimiento de culpa, este se denomina infundado. Para el escritor Joan Montane Lozoya: “hay personas que viven constantemente acompañadas de un sentimiento de culpa; un sentimiento limitador y autodestructivo que no obedece a ninguna causa concreta, o al menos a ninguna causa reconocible en primera instancia”. Este sentimiento de culpa castiga continuamente a la persona que lo padece, haciéndole caer en una más que probable depresión y angustia existencial. Por su parte Rojas-Marcos le da el nombre de “La culpa falsa” a este sentimiento infundado, para ella: “La culpa falsa está fundamentada en hechos de los que no se es responsable, pero aun así se otorga el sentimiento de culpa como si lo fuera. Surge la culpa de algo que no corresponde”. Para esta autora hay dos orígenes más que plausibles para la aparición de esta culpa falsa, uno de ellos proviene de la infancia, al vivir el niño en un estado de represión y rigidez donde era castigado por infracciones leves e incluso inexistentes y por otro lado la percepción negativa de uno mismo, como indica: “No olvidemos que la autoestima se puede ver afectada de forma negativa cuando uno siente una falta de control sobre la propia vida al asumir responsabilidad por cosas de las que no se es responsable” (34).

2.2.3.5. Sufrimiento

El sufrimiento es una de las realidades más conflictivas de la experiencia humana, ya que desafía nuestro sentido de búsqueda de Paz y Felicidad. Su impacto es tan grande que sólo cobra significado en lo más profundo del ser humano, del espíritu, el cual queda desvelado y al descubierto al encontrarse la persona en situación límite. El sufrimiento es el límite de la praxis. Es aquello contra lo cual “yo”, al menos de momento, nada puedo hacer. Allí donde no se acierta a integrar una determinada situación dentro de un contexto de sentido, allí comienza el sufrimiento.

La pregunta acerca del sentido del sufrimiento es, ante todo, paradójica: Ella misma es expresión de sufrimiento, de ausencia indudable del sentido del actuar. De una u otra forma, el sufrimiento parece ser, y lo es, casi inseparable de la existencia terrena del hombre. La vida humana aparece impensable sin el sufrimiento, que parece pertenecer a su dimensión trascendente; es uno de esos puntos en los que está en cierto sentido “destinado a superarse a sí mismo y de manera misteriosa es llamado a hacerlo. La réplica de quien, hablando del sentido del sufrimiento, afirmase que debe ser combatido siempre, de hecho lo justifica y no debe ser tenida en cuenta como tal réplica. Porque no se pregunta cómo se puede disminuir, sino qué sentido tiene aquella situación en la que todos los esfuerzos para disminuirlo o evitarlo llegan a un límite. Todos experimentamos alguna vez tales situaciones: los esfuerzos humanos llegan a su fin, y sucede lo que no queremos. El tema «sentido del sufrimiento» es idéntico al tema: «sentido de lo que no queremos, de lo que nadie puede querer para sí mismo (35).

2.3. Definición de términos básicos

Trabajadora sexual. Son mujeres que se venden (alquilan) su cuerpo a otra persona, a cambio de dinero (12).

Misoginia. Es el odio hacia las mujeres, es la manifestación extrema del conflicto entre lo masculino y lo femenino. Se expresa en múltiples formas: aversión, desprecio control, exclusión, descalificación, discriminación, golpes, abuso, tortura, violación, mutilación, asesinato (36).

Infección de transmisión sexual. Son infecciones causadas por diversos agentes (bacterias, virus, protozoos, etc.) cuyo mecanismo de transmisión es el contacto sexual: genital, oral o anal (21).

2.4. Hipótesis

Existe asociación significativa entre las consecuencias psicológicas y las Infecciones de Transmisión Sexual en trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

2.5. Variables

2.5.1. Variable dependiente

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

2.5.2. Variable independiente

Consecuencias psicológicas

2.5. Definición conceptual y operacional de variables

Tipo de variable	Indicadores	Items	Escala
Variable dependiente. Infecciones de transmisión sexual. Son infecciones causadas por diversos agentes (bacterias, virus, parásitos, protozoos, etc.) y cuyo mecanismo de transmisión es el contacto sexual: genital, oral o anal, condición que les da su principal característica (21).	Candidiasis vaginal	Si No	Nominal
	Tricomoniasis	Si No	Nominal
	Infección gonocócica	Si No	Nominal
	Clamidia trachomatis	Si No	Nominal
Variable independiente Consecuencias psicológicas. Es el acontecimiento psicológico patológico que resulta necesariamente de la presencia de una infección de transmisión sexual.	Autoestima	Alta Media Baja	Nominal
	Depresión	Rango normal (27-49 puntos) Ligeramente Deprimido (50-59 puntos) Moderadamente deprimido (60-69 puntos). Severamente deprimido (70 – a +)	Nominal
	Tristeza	Siempre Casi siempre Nunca	Nominal
	Sentimiento de culpa	Siempre Casi siempre Nunca	Nominal
	Sufrimiento	Si No	Nominal

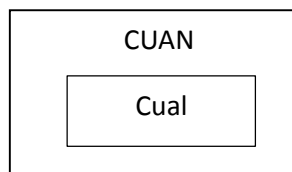
CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

La presente investigación, corresponde a un tipo de estudio mixto cuyo diseño es el anidado o incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC).

El diseño anidado concurrente, recolecta simultáneamente datos cuantitativos (CUAN) y cualitativos (cual), siendo un método predominante el que guía el proyecto (pudiendo ser el cuantitativo o el cualitativo). El método que posee menor prioridad es el anidado insertado dentro del que se considera central:



En el presente estudio, se recolectó simultáneamente datos cuantitativos de las infecciones de transmisión sexual y las consecuencias psicológicas; y datos cualitativos correspondientes a las versiones vertidas por las trabajadoras sexuales sobre sus vivencias personales.

Mediante esta investigación se buscó indagar, a través de la percepción y experiencia y considerando el propio y libre discurso y formas de comunicación de las trabajadoras sexuales respecto de las consecuencias psicológicas de las infecciones de transmisión sexual en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en forma prospectiva.

3.2. Área de estudio y población

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, ubicado en el distrito de Cajamarca que está en la zona nor andina del Perú, entre los paralelos 4° 30' y 7° 30' de latitud, y los meridianos 77° 47' y 79° 20' de longitud oeste, a 856 Km. de la capital del país, Lima, a una altitud de 2,720 m.s.n.m y cuenta con una temperatura anual de 18.9°C.

La población estuvo constituida por todas las trabajadora sexuales que acudieron a PROCETS del Hospital Regional Docente de Cajamarca, teniendo como antecedente el número de quienes han sido atendidas en el año 2016, que según la información del programa es de 482.

3.3. Muestra

Se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, considerando el muestreo aleatorio simple.

3.3.1. Tamaño de la muestra

El muestreo utilizado fue el básico para métodos mixtos en el cual se combina muestras probabilísticas (cuantitativa) y muestras propositivas (cualitativa).

a) Probabilístico, (CUAN) implicó seleccionar al azar, es decir, que todos los elementos de la población tuvieran la misma posibilidad de ser elegidos. Se determinó para satisfacer los márgenes de confiabilidad y error en la estimación de las consecuencias psicológicas empleándose la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{d^2N + Z^2PQ}$$
$$n \geq \frac{(482)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.09)^2(482) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 95$$

Donde:

N = (482) Población de trabajadoras sexuales teniendo como antecedente aquellas que fueron atendidas en el año 2016

P = (0.50) Proporción de trabajadoras sexuales con infecciones de transmisión sexual que presenten consecuencias psicológicas

Q = (0.50) Proporción de trabajadoras sexuales con infecciones de transmisión sexual que no presenten consecuencias psicológicas

Z = 1.96 (coeficiente del 95% de confiabilidad)

D= (0,09) (Máximo error permitido)

b) Propositivo (CUAL) estuvo sujeta a la evolución del proceso inductivo teniendo en cuenta tres factores fundamentales:

- El número de trabajadoras sexuales al que se pudo acceder de manera realista.
- El número de trabajadoras sexuales que pudieron responder a las preguntas de investigación.
- Si los casos son frecuentes y accesibles o no.

Se entrevistó a las trabajadoras sexuales utilizando preguntas orientadoras, luego se revisó y analizó la información y se obtuvo conclusiones hasta llegar a una perspectiva general.

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis, estuvo constituida por cada una de las trabajadoras sexuales atendidas en el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETS), del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

Las trabajadoras sexuales participantes del estudio para ser incluidas en el mismo, cumplieron con los siguientes criterios:

- Ser trabajadora sexual atendida en el Hospital Regional Docente Cajamarca.
- Estar en pleno uso de facultades mentales.

- Aceptar voluntariamente ser parte de la muestra del presente estudio.

3.6. Consideraciones éticas

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como las siguientes:

Valor social o científico: para ser ética una investigación debe tener valor, lo que representa un juicio sobre la importancia social, científica o clínica de la investigación. Este criterio aseguró que las trabajadoras sexuales, no hayan sido expuestas a riesgos o agresiones sin la posibilidad de algún beneficio personal o social.

Validez científica: La investigación tuvo una muestra debidamente justificada, siguiendo un método de investigación coherente con el problema y la necesidad social, cuenta con un marco teórico suficiente basado en fuentes documentales y de información; mantiene un lenguaje cuidadoso empleado para comunicar el informe; y cultiva los valores científicos en su estilo y estructura.

Selección equitativa de los sujetos: la selección de las trabajadoras sexuales estuvieron guiados por los criterios de inclusión.

Consentimiento informado. Luego que la trabajadora sexual fue informada en forma clara y precisa de la naturaleza de la investigación, emitió su autorización y se le pidió que firme el documento de consentimiento informado.

Privacidad: se respetó el anonimato de la trabajadora sexual entrevistada, desde el inicio de la investigación, hasta el final.

Confidencialidad: la información referida por la trabajadora sexual, no fue revelada, se utilizó solamente para cumplir con los objetivos de la investigación

3.7. Técnicas de recolección de datos y descripción del instrumento

En la presente investigación se procedió de la siguiente manera:

En una primera fase, se solicitó el permiso correspondiente al director del Hospital Regional Docente y a la persona responsable de la Estrategia Sanitaria de ITS-VIH-SIDA, tuberculosis y hepatitis B, del Hospital Regional Docente de Cajamarca, a fin de encuestar y entrevistar a las trabajadoras sexuales.

En una segunda fase, se solicitó a la trabajadora sexual, firme el consentimiento informado para ser parte de la investigación, y se le explicó la secuencia de pasos en este proceso: en primer lugar se le indicó que se le iba a realizar un examen ginecológico con espéculo y, la prueba rápida de VIH.

En el caso de menores de edad, la firma del consentimiento informado, se solicitó al esposo, madre o padre de familia.

En el examen ginecológico se obtuvo una muestra, la cual se tomó con una torunda de algodón del endocervix y enviada al laboratorio para ser procesada. Se utilizó examen en fresco para identificar *Cándida albicans*; tinción de Gram para la identificación de *Trichomonas vaginalis* y *Gonorrhoeae*; prueba de aminas para identificar *Gardnerella vaginalis*, e Inmuncromatografía para identificar *Clamydia Trachomatis*.

En una tercera fase se procedió a realizar la encuesta y la entrevista semiestructurada.

En esta investigación, se recolectó la información de manera simultánea tanto de datos cuantitativos como cualitativos, siendo los primeros los que guiaron la investigación.

Como técnica se utilizó:

La encuesta aplicada a las trabajadoras sexuales para obtener información sobre todas las formas de violencia obstétrica.

Como instrumentos se utilizaron:

1. **El cuestionario de recolección de datos**, en donde se consignaron datos sociodemográficos y obstétricos de la trabajadora sexual como la edad, nivel educativo, estado civil, procedencia y paridad; así como algunos datos de tristeza, miedo, asco, enojo, alegría, agrado. Anexo 01.

2. **La escala de autoestima de Rosemberg**, la misma que consta de 10 items, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada.

Fiabilidad. Para el conjunto de la muestra, el coeficiente alpha de Cronbach muestra una puntuación de 0.86.

Validez de constructo. Las puntuaciones obtenidas en la EAR muestran una correlación sustancial de signo negativo con la puntuación total en SCL90R ($r=-.645$) así como con la mayoría de las dimensiones de esta escala (37).

3. La escala de autoevaluación de depresión de Zung. Es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada, en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicómotores.

Fiabilidad. Tiene índices de Fiabilidad de 0,70-0,80 y un índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92) 6,20.

Validez. Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80 3, 6, 18,20. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico (38).

4. La entrevista semi – estructurada en profundidad diseñada con preguntas orientadoras dirigidas a comprender las vivencias de las trabajadoras sexuales, estableciendo un diálogo personal para analizar algunas consecuencias psicológicas. Anexo 02.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

3.8.1. Procesamiento

Para el procesamiento de datos cuantitativos se utilizó el programa SPSS versión 22 para Windows. El análisis de los datos se realizó teniendo en cuenta los procedimientos estandarizados cuantitativos (estadística descriptiva e inferencial), orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples y frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos.

Para el procesamiento de datos cualitativos, se obtuvo la información a través del registro sistemático de las entrevistas, tomando en cuenta el propio testimonio de las trabajadoras sexuales, luego se codificó la información para integrar la información rescatando sus vivencias y experiencias.

3.9. Control de calidad de datos

La calidad de los datos dependió, fundamentalmente de la funcionalidad de los instrumentos usados para su recolección, y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento, la misma que asume que los ítems midieron un mismo constructo y que estaban altamente correlacionados.

Además, se asumió un 95% de confiabilidad de los resultados ya que los datos fueron recolectados por la misma autora de la investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Caracterización sociodemográfica de las trabajadoras sexuales

Tabla 01-A. Características sociodemográficas de las trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

Grupo etáreo	n°	%
15-19 años	10	10,5
20-24 años	27	28,4
25-29 años	30	31,6
30-34 años	11	11,6
35-39 años	5	5,3
40-45 años	6	6,3
46-49 años	6	6,3
Total	95	100,0
Grado de instrucción	n°	%
Primaria incompleta	4	4,2
Primaria completa	6	6,3
Secundaria incompleta	23	24,2
Secundaria completa	35	36,8
Superior técnica	16	16,8
Superior universitaria	11	11,6
Total	95	100
Estado civil	n°	%
Soltera	65	68,4
Casada	2	2,1
Conviviente	13	13,7
Separada	14	14,7
Viuda	1	1,1
Total	95	100
Zona de residencia	n°	%
Urbana	86	90,5
Rural	9	9,5
Total	95	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

Los datos de la presente tabla, muestran que el mayor porcentaje de trabajadoras sexuales pertenecieron al grupo etáreo de 25-34 años, con 43,2%; el 10,5% fueron adolescentes, pertenecientes al grupo de 15-19 años y en porcentajes similares (6,3%) fueron mujeres de 40-44 y 45-49 años; respectivamente.

Bohórquez y cols. (2010) encontraron que el 48,7% de trabajadoras sexuales entrevistadas, tenía entre 25 y 34 años de edad (39), dato similar al encontrado en el presente estudio respecto a este grupo etáreo.

La edad cobra importancia por las connotaciones e implicancias biológicas y sociales que involucran a la prostitución, existen mujeres jóvenes que están iniciando tempranamente esta actividad, ya sea por necesidad o forzadas a realizarlo, pero hay también mujeres de edad avanzada, relativamente, que también pudieron haber iniciado la prostitución tempranamente o haberlo hecho luego de alguna experiencia dolorosa, en cuyo caso el inicio de la prostitución ya no fue a corta edad.

Bolaños (2011) señala, que algunas niñas entran en el mundo de la prostitución después de haber sufrido incesto, abuso y violación por parte de algún conocido; de este modo se van adaptando a la violencia y a la explotación hasta que, con el tiempo, llegan a pensar que éste es el papel que deben desempeñar en la vida; de igual forma indica que otras mujeres trabajan como prostitutas llevadas por la pobreza y la desesperación por mantener a los miembros de su familia (40) como lo manifiestan algunas trabajadoras sexuales en el presente estudio:

“Yo entré solo por mi hija, porque necesitaba mantenerla y como su padre nos abandonó no me quedó de otra pues, una vez me acerqué a un local y le dije que quería trabajar...”

“Yo entré por un conocido que me vio muy preocupada, porque estaba muy necesitada de dinero con dos hijos, sola y bueno...”

De otra parte, las mujeres jóvenes son especialmente susceptibles de adquirir ITS, por las características de la vagina y el cérvix que aún no han desarrollado completamente los mecanismos de defensa, como el pH ácido, el moco cervical espeso, el menor grado de ectopia y la exposición del epitelio (41).

Algo que también es importante en torno a la edad, es que las mujeres jóvenes pueden ver a su juventud como la oportunidad de obtener dinero rápidamente, para dejar la prostitución a futuro y conseguir otra fuente de ingresos, lo que no ocurre en las mujeres de mayor edad que ya se acostumbraron y prefieren continuar con esta ocupación.

Cuando se les preguntó si piensan salir de la prostitución para ejercer otra actividad se obtuvo las siguientes respuestas:

Mujer de 18 años:” *si, obviamente solo me falta ahorrar un poco de dinero, quiero colocar un pequeño restaurante y juntar para por lo menos iniciar a estudiar ya de ahí me dedico a eso*”

Mujer de 45 años *“Pues la verdad si quisiera, pero creo que eso lo hubiese hecho hace años, ahora ya no sé porque es difícil conseguir un trabajo decente ahora y a mi edad”*.

El grado de instrucción que poseen las trabajadoras sexuales, en su mayoría es de secundaria completa con 36,8%; seguido de quienes tienen secundaria incompleta con 24,2%; Bohórquez y cols. (2010) encontraron que el 56,3% de trabajadoras sexuales alcanzó nivel de estudio de secundaria completa y 23,1% educación superior; datos superiores a los encontrados en el presente estudio. Bonilla y cols. (2013) también encontraron que la instrucción secundaria fue predominante (48,7%).

El grado de instrucción es relevante en este estudio, porque quienes tienen estudios superiores desean y tienen mayor oportunidad de conseguir un trabajo bien remunerado que les permita abandonar la prostitución; algo que no pueden hacer quienes tienen estudios de solamente secundaria o primaria, de otra parte quienes tienen un mayor nivel educativo son más tendientes a tener un mayor autocuidado de su salud.

Respecto al estado civil el 68,4% de trabajadoras sexuales manifestaron ser solteras; seguido del 14,7% que manifestaron estar separadas; dato similar al de. Bohórquez y cols. (2010), en su estudio encontraron que el 63,3% de trabajadoras sexuales eran solteras.

Estos resultados se deben probablemente al hecho de que, aunque no en su totalidad, pero los hombres no permiten este tipo de actividad a sus parejas, son pocos los que aceptan o incluso las obligan y las empujan para que tomen el camino de la prostitución; sin embargo, las mujeres solteras con hijos o sin ellos pueden optar por esta actividad ya sea abandonando su ciudad natal para que su familia no se entere, mintiendo o haciendo una “doble vida”.

En cuanto a la zona de residencia, el 90,5% reside en la zona urbana, solamente el 9,5% reside en la zona rural, ello está relacionado probablemente a la procedencia pues muchas mujeres lo hacen de otras ciudades y buscan alquiler de habitaciones en la zona urbana; es probable que quienes residen en la zona rural también procedan

de ella. De otra parte, puesto que en las zonas rurales es más difícil la existencia de burdeles es mejor residir en zona urbana para tener mayor facilidad de acceso a estos centros. Quienes trabajan en la calle también tienen mayor oportunidad de obtener clientes en la zona urbana que en la rural y finalmente es mejor, para estas mujeres, residir en la zona urbana que en la rural porque en esta última existe mayor discriminación por este tipo de actividad y pueden inclusive llegar a ser agredidas física y psicológicamente por los pobladores de la zona.

Sin embargo, independientemente de la edad, nivel educativo, estado civil o lugar de residencia, las trabajadoras sexuales están inmersas en un enorme riesgo, pues, podrían ser víctimas de violencia de diversa índole: sexual, física y psicológica, en manos de sus clientes que muchas veces suelen ser sus maltratadores; de igual forma están proclives a contraer infecciones de transmisión sexual.

Mutasah (2016) señala que el trabajo sexual lo ejercen personas de diferentes edades, géneros, etnias y origen socioeconómico por razones a menudo complejas y entremezcladas. La pobreza y la falta de oportunidades —alimentadas por la discriminación, la desigualdad de género, la exclusión social, el racismo, la desigualdad socioeconómica y la opresión— pueden incidir en la decisión de una persona de comenzar a ejercer el trabajo sexual o continuar en él. Además, resalta que a algunas personas el trabajo sexual les ofrece más flexibilidad y control sobre las horas de trabajo, o más ingresos que otras opciones a las que tienen acceso (42).

Nieto (2015) por su parte señala que la mayoría de las mujeres prostituidas sufren agresiones físicas, amenazas y violaciones, palizas, torturas, embarazos no deseados, infertilidad y daños permanentes del esqueleto y las zonas genital y anal, durante el ejercicio de la actividad (43).

Tabla 01-B. Ingreso económico de las trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

Ingreso económico	n°	%
<1 SMV	10	10,5
1 SMV	6	6,3
2 SMV	26	27,4
3 SMV	21	22,1
4 SMV	13	13,7
5+ SMV	19	20,0
Total	95	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

Se evidencia en la presente tabla que el 27,4% de las trabajadoras sexuales obtienen una ganancia efectiva de 2 salarios mínimo vitales, equivalentes a S/1,700.00; seguido del 22,1% que obtiene una ganancia de 3 salarios mínimo vitales, equivalentes a S/ 2,550.00; un importante 20% obtiene una ganancia de 5 salarios mínimo vitales equivalentes a S/ 4,250.00 al mes.

En realidad, son pocas las mujeres que pueden satisfacer todas sus necesidades con lo recaudado en su trabajo, el mayor porcentaje de ellas no gana lo suficiente. Existe un desbalance entre el beneficio obtenido y los riesgos a los que se exponen estas mujeres. Lo que es peor estas mujeres no cuentan con derechos laborales que la protejan en el futuro, ni siquiera pueden contar con el Seguro Integral de Salud (SIS). En el Hospital, específicamente en el consultorio de PROCETS se les brinda atención, pero no es gratuita, deben pagar su consulta y comprar su medicina cuando se les diagnostica algún tipo de infección de transmisión sexual.

Medina (2013) manifiesta que, es dramático que personas dedicadas muchos años a tal práctica, queden en el desamparo social y no sean beneficiarias de derechos laborales, pensión de jubilación; que la Constitución y la Ley regulan y amparan, “condenadas” a vivir abandonadas, sin programas sociales estatales que las atiendan en momentos difíciles de su vida (44).

4.2. Identificación de las infecciones de transmisión sexual.

Tabla 02. Infecciones de transmisión sexual en las trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

Infecciones de transmisión sexual	n°	%
Vaginosis bacteriana	6	6,3
Clamidiasis	2	2,1
Trichomoniasis vaginal	7	7,4
Gonorrea	1	1,1
Candidiasis vaginal	45	47,4
Vaginosis bacteriana y candidiasis vaginal	4	4,2
Vaginosis vaginal y Trichomoniasis vaginali	3	3,2
Vaginosis bacteriana y otra	6	6,3
Clamidiasis y otra infección	2	2,1
Candidiasis vaginal y otra	8	8,4
Trichomoniasis vaginal, Candidiasis vaginal y otra	4	4,2
Trichomoniasis vaginal y Candidiasis vaginal	4	4,2
Ninguno	3	3,2
Total	95	100.0

Fuente: datos recolectados por la autora

Los presentes datos, muestran que el mayor porcentaje de trabajadoras sexuales tuvieron como resultado de su análisis de laboratorio, a la Candidiasis vaginal *por Cándida albicans* en 47,4%, el 8,4%, también presentó *Cándida albicans* pero acompañada de otro micorganismo; el 20% presentó vaginosis bacteriana, ya sea sola o acompañada de otros agentes patógenos.

Hernández y cols. (2006) determinaron que las patologías más prevalentes fueron candidiasis vaginal, tricomoniasis, condilomatosis, sífilis, gonorrea, vaginosis bacteriana y herpes, coincidiendo solamente en la alta frecuencia de candidiasis vaginal. Alvis y cols (207) encontraron que las pacientes de su estudio presentaron *Gardnerella vaginalis* en 17,4% dato similar al encontrado en el presente estudio (20%); Bonilla (2013) por su parte encontró que el 47,5% de mujeres presentó infecciones micóticas, dato casi idéntico al encontrado en el presente estudio.

En cuanto a las infecciones con *Cándida albicans*, como con *Gardnerella vaginalis* existe controversia, en si son o no infecciones de transmisión sexual; sin embargo se pueden transmitir por el contacto de la boca y los genitales, su frecuencia es alta y se encuentran solas o acompañando a otros gérmenes patógenos presentes en el flujo vaginal de las trabajadoras sexuales, además el cursar con un episodio de vulvovaginitis ya sea por *cándida* o por *Gardnerella*, aumenta el riesgo de contraer otra infección de transmisión sexual (45).

Además, en las trabajadoras sexuales, el mismo hecho de utilizar condón, como protección en cada una de sus relaciones sexuales, jabones íntimos para realizar su higiene y utilizar ropa ajustada, la predisponen a la presencia de estas infecciones por cambios en el pH de la flora vaginal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su nota descriptiva N° 110 estima que, anualmente, unos 357 millones de personas contraen alguna de las cuatro infecciones de transmisión sexual (ITS) siguientes: clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis (46); pero en el presente estudio solamente se encontró a la Tricomoniasis en el 7,4% como infección de transmisión sexual (ITS) la misma que se transmite a través de las relaciones sexuales con penetración y generalmente causa una infección vaginal.

Reyes (2014) encontró una cifra más alta, ya que en su estudio determinó que el 32% de las trabajadoras del sexo presentó trichomonas. (11), y Salomón y cols., reportaron que las trabajadoras sexuales presentaron trichomoniasis en 7,6% dato similar al encontrado en el presente estudio con una diferencia porcentual de 0,2 puntos (11,47).

Definitivamente el porcentaje de mujeres con esta infección, sugiere que en algún momento, han tenido relaciones sexuales sin protección con un hombre que ha tenido este agente infeccioso que ha podido ser su pareja o algún cliente, ya que en ocasiones aceptan no utilizar protección a cambio de dinero extra, sin considerar que

ello las está haciendo más vulnerables al contagio de cualquier infección de transmisión sexual.

Al menos una de las trabajadoras del presente estudio, aceptó haber tenido en alguna oportunidad sífilis, infección de transmisión sexual ocasionada por la bacteria *Treponema pallidum*, la misma que debe ser diagnosticada en sus primeras etapas, para poder ser tratada y evitar complicaciones severas como la neurosífilis que afecta al sistema nervioso central.

“Me dio mucho miedo cuando me dijeron que tenía sífilis, me dio terror a que no tenga cura y que me pueda morir y todo se acabe, mi vida se acabe, pero me explicaron que si se curaba y que tenía que seguir un tratamiento”

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), son un problema de salud pública importante, tanto por la carga de enfermedad que generan, como por las complicaciones y secuelas que producen si no se diagnostican y tratan precozmente. Adicionalmente, las ITS adquieren relevancia porque aumentan el riesgo de adquisición y transmisión de la infección por el VIH, a través de mecanismos que modifican la susceptibilidad del huésped y la infecciosidad del caso índice (48).

4.3. Determinación algunas consecuencias psicológicas

Tabla 03-A. Consecuencias psicológicas en las trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

Nivel de autoestima	n°	%
Alta	34	35,8
Media	33	34,7
Baja	28	29,5
Total	95	100,0

Nivel de depresión	n°	%
Normal	73	76,8
Ligeramente deprimidas	18	18,9
Moderadamente deprimidas	4	4,2
Total	95	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

En la presente tabla, se observa que el 35,8% de trabajadoras sexuales mostró un nivel de autoestima alta, seguido del 34,7% que tuvo un nivel de autoestima media y el 29,5% nivel de autoestima baja.

Estos resultados difieren con los encontrados por Ceballos y cols. (2013), ellos encontraron que el 53,3% de las mujeres tenían autoestima alta y el 46,7% autoestima media, lo cual indica que no se evidenció mujeres que tuvieran autoestima baja (49).

Las investigaciones como la de Reyes y Mencos (2004), referido por Ceballos y cols. afirman que, la prostitución altera la concepción del yo de las prostitutas, generando en éstas sentimientos de inferioridad, baja autoestima, depresión y frustración general ante la vida (49). Según este autor, todo haría pensar que la totalidad de trabajadoras sexuales tienen un nivel de autoestima baja y es la razón por la ejercen esta actividad, pero los datos encontrados contradicen esta afirmación, pues se ha encontrado un significativo porcentaje de trabajadoras sexuales con autoestima alta y media. Estos resultados podrían ajustarse a los estudios que señalan que la autoestima y el autoconcepto se forman en la etapa de la niñez, a partir de los seres más cercanos a su entorno, que bien podrían ser sus padres, abuelos, etc. y que podrían definir desde ya una imagen positiva de su persona, por ello es que se encuentran trabajadoras

sexuales con un nivel de autoestima alta o media, es decir que no presentan un concepto negativo de sí mismas y no desconfían de sus potencialidades, motivadas a tomar esta decisión de “vender su cuerpo”. Entonces se podría pensar en las adversidades del destino, como una situación económica precaria, el quedar abandonadas con un hijo y fuera del hogar, etc., que generan este tipo de decisión pero siempre con la esperanza de retomar una nueva vida; o la ambición de otras de obtener dinero fácilmente. Sin embargo paradójicamente a este análisis, las mujeres con autoestima baja son más vulnerables a aceptar este tipo de trabajo más fácilmente cuando tienen problemas económicos, pues, según Branden (2004) afirma que quienes tienen una autoestima baja ante situaciones vitales de momentos económicos desfavorables, van a generar mayor resistencia a poder sobrellevar tal circunstancia, porque la persona tiende a identificarse con su malestar y se queda sólo con el aspecto negativo de la pérdida sin ver la oportunidad de aprendizaje que toda situación dolorosa entraña (50).

En cuanto a la depresión el 18,9% de trabajadoras sexuales, mostraron ligera depresión y el 4,2% depresión moderada.

Las cifras en conjunto de trabajadoras ligeramente deprimidas y moderadamente deprimidas, guardan cierta relación con el porcentaje de quienes tienen un nivel de autoestima baja pudiéndose afirmar que en el presente estudio el nivel de autoestima influye en el grado de depresión de estas mujeres, dato similar al encontrado por Ceballos (2013) que encontró que muchas mujeres, a pesar de no tener una autoestima baja, si presentaban síntomas de una depresión moderada (56,7%) (49).

Tabla 03-B. Consecuencias psicológicas en las trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

Tristeza	n°	%
Siempre	18	18,9
Casi siempre	42	44,2
Nunca	35	36,8
Total	95	100,0

Sentimientos de culpa	n°	%
Siempre	20	21,1
Casi siempre	34	35,8
Nunca	41	43,2
Total	95	100,0

Sufrimiento	n°	%
Sí	47	49,5
No	48	50,5
Total	95	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

Los presentes datos, muestran que el 44,2% de trabajadoras sexuales muestran sentimientos de tristeza, seguido de un 36,8% de quienes manifestaron no tener este sentimiento nunca; solamente el 18,9% afirmó que siempre estaba triste.

Los sentimientos de tristeza, surgen por diferentes razones, ya sea por añorar su tierra que abandonan por trabajar en esta actividad, porque muchas veces son criticadas, han sido víctimas de maltrato físico, sexual o psicológico o porque son obligadas a ejercer esta actividad.

“Yo llegué a la prostitución, por la persona que se hizo cargo de mí desde muy pequeña, hizo que trabaje para yo mantenerla porque según ella tengo que devolver en algo todo”

“Hace mucho que vivo lejos de mi familia, el único que sabe es él, (refiriéndose a su pareja) que me obliga”.

Sin embargo, este sentimiento trae consecuencias internamente, manifestándose de diversas formas como cefaleas, distimia, insomnio, etc. y si bien es cierto, en la mayoría de personas es pasajera, hasta que surja un proceso de adaptación completa, en otras es más prolongado este estado anímico.

Quienes manifiestan no tener este sentimiento nunca, probablemente valoren más los beneficios económicos que perciben, que los efectos negativos, sobre todo porque no han experimentado una infección de transmisión sexual grave como el VIH-SIDA; cuando se les preguntó si se han sentido mal en algún momento de su vida por ejercer la prostitución, algunas contestaron:

“No, pues porque como yo sabía a lo que me iba a dedicar y no es que no tenía otra opción, pero tampoco es que me guste solo que es más rentable pues”

“No, normalmente no, porque es un trabajo como cualquiera no estamos en el siglo XXI? así que no tengo porque sentirme mal”.

“No, porque yo quise trabajar en esto y no me arrepiento total la idea es tener dinero sin mucho esfuerzo y eso hago”

“No, porque fue algo que yo misma quise hacer desde un principio yo lo decidí”

“No, para nada nada, ingresé a esto por mi propia voluntad y no me arrepiento creo que ya no es un tabú como antes”

Algunas mujeres también se conforman con su situación actual

“Creo que la misma necesidad que uno tiene hace que te olvides del que dirán y de sentirte mal al contrario tienes que estar bien para tus hijos y para ti “.

Sin embargo, también en otras trabajadoras sexuales surge la resignación tratando de minimizar los riesgos; sin que ello las deje de atemorizar. Cuando se les preguntó que sentimiento habían experimentado al tener algún signo o síntoma de alguna infección de transmisión sexual, ellas manifestaron:

“Miedo, terror, se te pasa tantas cosas por tu cabeza, piensas que puedes tener hasta sida, fue una experiencia horrible”

Cruz, (2012) señala que si se considera que la tristeza es uno de los sentimientos básicos de todo individuo, se puede entender entonces que forma parte de la subjetividad y que por tanto es parte inherente de la vida de todo ser humano; tanto como los otros sentimientos básicos (32), lo que significaría que todas las trabajadoras sexuales en algún momento han experimentado este sentimiento a pesar de no admitirlo.

Al averiguar si tenían sentimientos de culpa, el 43,2% dijo no tenerlos nunca; pero el 35,8% manifestó que casi siempre y el 21,1%, siempre.

Según los datos estadísticos hay más mujeres con sentimientos de culpa que con sentimientos de tristeza, pero son datos fríos que no permiten objetivar los verdaderos sentimientos de este grupo de mujeres, es posible que algunas hayan ocultado este tipo de sentimiento por diversas razones que será tema de otra investigación; pues es harto probable que quienes tienen sentimientos de culpabilidad también se sientan tristes

“Me asusté y me sentí mal conmigo misma por no haberme cuidado bien pensé que podía haber sido peor y me sentí culpable por eso”.

Cuando se les hizo la pregunta de si se sienten mal por ejercer la prostitución la mayoría manifestó:

“Sí, claro a quien le va a gustar acostarse con uno y otro hombre, una como mujer se siente mal yo personalmente me siento sucia como un objeto sexual”.

“Si, muchas veces casi siempre todas las veces que tengo que atender a los clientes”.

“No pensé nunca estar en eso pero no tenía otra salida. No es bonito sentir y dejar que te toquen muchos hombres”.

“Si porque no sé qué va a ser de mí y a veces me siento sola”

“Si claro señorita, tengo miedo de que mis hijos se enteren como ellos ya están jóvenes ya entienden y eso no quiero”

“Siempre, nunca estuve conforme con esto ni lo estaré, no me gusta hacer esto pero no me queda de otra”.

“Si me siento mal claro que sí, sola y con tres hijos y dedicarme a esto exponiéndome a los insultos y miradas de la gente que te señalan como bicho raro”.

Tanto la vergüenza, como la culpa son dos emociones que se podrían clasificar como secundarias, ya que son fenómenos culturales que se basan en el patriarcado y en la creencia de que hay una verdad trascendente, una verdad que existe más allá del observador que cada una de las personas es. Cuando se vive con esta creencia de que hay una forma correcta de ser y de hacer, de alguna manera se está rechazando los propios deseos y preferencias poniendo como punto principal en el hacer aquello que debería ser (51).

Al averiguar sobre el sufrimiento, se determinó que el 49,5% manifestó algún tipo de sufrimiento, mientras que el 50,5% dijo que no sufría.

Las trabajadoras sexuales, experimentan algún sentimiento de sufrimiento, probablemente por las recriminaciones hechas por su familia, que las hace

experimentar precisamente un sentimiento de culpa, precisamente cuando se les preguntó si su familia le hacía recriminaciones algunas mujeres contestaron:

“Si, mi familia me decía que soy una cualquiera que piense en mis hijos etc. pero ellos pensaban que lo hacía por gusto y lo hago por necesidad no por gusto”.

Fonseca (2014) afirma que, el sufrimiento proviene fundamentalmente de la sociedad, que la desprecia y le baja la autoestima. Esta es la principal causa del sufrimiento (52).

La prostitución como organización creada por los hombres es una de las más deshumanizantes de todas las formas de producir sufrimiento al otro. En ella se pone en juego la sicología de la mujer que queda afectada para toda la vida pues la marca indeleble y destructora que le imprime a su autoimagen, a su autoestima, a su autovaloración, a su sentido de impotencia frente al que tiene el poder imposibilita a estas personas a desarrollar una sana psicología, una autoafirmación que le permita superar los obstáculos de la vida, a tener la esperanza en un futuro promisorio. Impacto que le impide acceder al desarrollo de sus potencialidades pues quedan tan atrapadas en las tenazas de esta esclavitud que la posibilidad para salir de la misma es virtualmente imposible (53).

Muchas mujeres se encuentran anuladas, sumidas en la vergüenza de saberse utilizadas, manipuladas, ultrajadas y descartadas como objetos inservibles una vez que llegan a la edad en la que ya no podrán ejercer esta actividad (53).

4.4. Asociación entre las consecuencias psicológicas y las Infecciones de Transmisión sexual.

Tabla 04. Nivel de autoestima asociada a Infecciones de Transmisión Sexual en las trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

Infecciones de transmisión sexual	Nivel de Autoestima						Total	
	Alta		Media		Baja		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Ninguno	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	3,2
Vaginosis bacteriana	5	83,3	0	0,0	1	16,7	6	6,3
Clamidiasis	1	50,0	0	0,0	1	50,0	2	2,1
Trichomoniasis vaginal	1	14,3	3	42,9	3	42,9	7	7,4
Gonorrea	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	1,1
Candidiasis vaginal	12	27,3	20	45,5	12	27,3	44	46,3
Otro	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	1,1
Vaginosis bacteriana y Candidiasis vaginal	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	4,2
Vaginosis bacteriana y Trichomoniasis vaginal	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3	3,2
Vaginosis bacteriana y otra	4	66,7	2	33,3	0	0,0	6	6,3
Clamidiasis y otra	1	50,0	0	0,0	1	50,0	2	2,1
Candidiasis vaginal y otra	3	37,5	3	37,5	2	25,0	8	8,4
Trichomoniasis vaginal, Candidiasis vaginal y otra	1	25,0	0	0,0	3	75,0	4	4,2
Trichomoniasis vaginal y Candidiasis vaginal	0	0,0	1	25,0	3	75,0	4	4,2
Total	34	35,8	33	34,7	28	29,5	95	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$X^2 = 36,176$$

$$p = 0,088$$

En la presente tabla, se logra apreciar que del 46,3% de trabajadoras sexuales con *Candidiasis vaginal*, el 45,5% presentó un nivel de autoestima media y en porcentajes similares 27,3% tuvieron autoestima alta y baja; el 8,4% de trabajadoras sexuales con Candidiasis vaginal y otro germen patógeno, también predominaron los niveles de autoestima alto y medio con 37,5% para cada una, mientras que el 25% tuvo un nivel de autoestima bajo; sin embargo quienes presentaron autoestima baja fueron aquellas *trabajadoras sexuales con gonorrea (100,0%)*, infecciones mixtas Trichomoniasis vaginal y candidiasis vaginal (75,0%); Clamidiasis (50%) y Clamidiasis asociada a otro patógeno (50%).

Estos datos reflejan precisamente que son las mujeres con nivel de autoestima baja, las que presentaron las infecciones de transmisión sexual más severas como la gonorrea, la clamidiasis, e infecciones mixtas, probablemente estas mujeres en algún momento han accedido a tener relaciones sexuales sin protección; a pesar de que si conocen los riesgos a los que están expuestas, pues en realidad pareciera que su prioridad es obtener una buena ganancia económica, al autocuidado de su salud, pues si conocen los riesgos a los que están sujetas con esta actividad, pareciera que su prioridad es obtener una buena ganancia económica, al autocuidado de su salud.

Precisamente cuando se les preguntó si eran conscientes de las enfermedades que pueden tener, ellas contestaron:

“Si, sabes que estás expuesta a cualquier enfermedad del VIH, sífilis, el herpes, infecciones urinarias”.

“Si del VIH, las verrugas, el herpes y cosas así”.

Probablemente, lo que desconozcan es que estas infecciones graves conllevan un alto costo económico y un riesgo elevado de infertilidad; además obviamente de la incomodidad que generan las secreciones vaginales y el dolor pélvico en el caso de la Clamidia.

La Organización Mundial de la Salud (2016), señala que más allá del efecto inmediato de la infección en sí misma, las ITS pueden tener consecuencias graves. Algunas ITS, tales como la gonorrea y la clamidiasis son causas principales de enfermedad inflamatoria de la pelvis, desenlace adverso del embarazo e infertilidad. Además existe un riesgo de contraer el VIH por tres o más. (46).

Sin embargo, cuando están recibiendo tratamiento experimentan sentimientos de diversa índole, cólera enojo, ira, miedo, tristeza, entre otras; precisamente, cuando se les preguntó sobre qué sentimientos habían experimentado cuando tenía síntomas y signos de una infección las trabajadoras sexuales manifestaron:

“Me sentí triste, porque en realidad no sé a lo que me meto a veces por el mismo trabajo una se inflama y eso genera”.

“Cuando sentía dolor en el bajo vientre, tenía miedo, temor, rabia porque no sabía lo que tenía”.

“Mucho miedo, preocupación y pena, que pueda agravarse mis molestias y sea grave”

“Un poco de miedo, preocupación y cólera porque yo misma busqué esto, es decir sería mi culpa si me pasa algo”

“Rabia porque una misma lo busca, porque nadie te obliga a estar en esto”

“Pucha, al inicio nada ya, porque me dijeron que era simple, pero cuando me dijeron que me había dado EPI por culpa de las otras veces casi muero, me dolía tanto el vientre que no lo soportaba decía nunca más, nunca más, pero ya me ves aquí de nuevo”.

Zínicola (2017) afirma que, la preocupación que tienen estas mujeres mientras están recibiendo tratamiento, puede afectar el estado de ánimo, la concentración y el sueño; lastimar seriamente la autoestima y afectar al desarrollo en general llevando incluso al aislamiento, a un miedo a desarrollar un cáncer y dañar seriamente o romper una relación (54).

En conclusión, aunque su baja autoestima o el deterioro de la imagen de sí mismas, puede estar determinada por diversos factores e historias familiares en mayor medida, también es la propia sociedad la que de alguna manera condiciona a que las personas que se dedican a este ámbito se sientan menos valoradas, pues la sociedad las señala con el dedo y hace ver que su trabajo no es más que una forma de vender su cuerpo y perder sus valores personales (55).

Tabla 05. Depresión asociada a Infecciones de Transmisión Sexual en las trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

Infecciones de transmisión sexual	Grado de depresión						Total	
	Leve		Moderada		Sin depresión		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Ninguno	1	33,3	0	0,0	2	66,7	3	3,2
Vaginosis bacteriana	0	0,0	0	0,0	6	100,0	6	6,3
Clamidiasis	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	2,1
Trichomoniasis vaginal	3	42,9	0	0,0	4	57,1	7	7,4
Gonorrea	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	1,1
Candidiasis vaginal	10	22,7	3	6,8	31	70,5	44	46,3
Otro	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	1,1
Vaginosis bacteriana y Candidiasis vaginal	1	25,0	0	0,0	3	75,0	4	4,2
Vaginosis bacteriana y Trichomoniasis vaginal	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3	3,2
Vaginosis bacteriana y otra	1	16,7	0	0,0	5	83,3	6	6,3
Clamidiasis y otra	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	2,1
Candidiasis vaginal y otra	3	37,5	0	0,0	5	62,5	8	8,4
Trichomoniasis vaginal, Candidiasis vaginal y otra	2	50,0	0	0,0	2	50,0	4	4,2
Trichomoniasis vaginal y Candidiasis vaginal.	0	0,0	1	25,0	3	75,0	4	4,2
Total	21	22,1	5	5,3	69	72,6	95	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$X^2 = 33,681$

$p = 0,143$

En los presentes datos, se evidencia que solamente tuvieron depresión moderada aquellas trabajadoras sexuales con gonorrea en el 100% y quienes tuvieron infecciones mixtas (Tricomoniasis y candidiasis vaginal) en el 25%; solo el 6,8% de quienes tuvieron candidiasis también presentaron este tipo de depresión. Depresión leve presentaron las trabajadoras sexuales que tuvieron infecciones mixtas (tricomoniasis, candidiasis asociadas a otra infección) en el 50%; seguido de quienes presentaron tricomoniasis en el 42,9%.

El 33,3% de trabajadoras sexuales que no tuvo ninguna infección de transmisión sexual, también presentó depresión leve, comprensible en estas mujeres que han abandonado su familia por dedicarse a esta actividad; siempre con el temor de que puedan tener alguna enfermedad más grave o de que puedan ser víctimas de alguna agresión física o psicológica por parte de sus clientes tal y como manifiesten algunas:

“Ha habido accidentes que han sufrido las chicas con los clientes y eso da miedo que nos vaya a pasar a uno”.

“Tengo miedo a las enfermedades y que me fuercen a hacer lo que no quiero”

“Tengo miedo porque a algunas chicas las tratan mal algunos clientes se ponen agresivos y todo...”

Mingorance (2015) señala precisamente que, otra consecuencia psicológica de las mujeres que ejercen la prostitución es la depresión (serio trastorno emocional), a partir del cual se manifiestan grandes cambios en la forma de sentir, de pensar y de actuar en los sujetos.

A nivel de emociones se presentará deseo de llorar, tristeza, irritabilidad y ansiedad. En cuanto al pensamiento, hay una tendencia a ver todo de una manera negativa y pesimista, pensar mal de ellas mismas, y tienden a culparse por muchas de las cosas que hicieron.

El resultado más inmediato, es la percepción del mundo como un lugar hostil y absurdo en el que vivir, donde no se podrá encontrar ninguna persona por la que mostrar o que nos pueda mostrar aprecio. Lo que desde fuera se observará en el comportamiento será una persona que va reduciendo su actividad. Cabe añadir a esta situación, la prolongación en el tiempo (56).

Tabla 06. Tristeza asociada a Infecciones de Transmisión Sexual en las trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

Infecciones de Transmisión sexual	Triste						Total	
	Siempre		Casi siempre		Nunca		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Ninguno	0	0,0	2	66,7	1	33,3	3	3,2
Gardnerella Vaginalis	0	0,0	2	33,3	4	66,7	6	6,3
Clamidia Trachomatis	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	2,1
Trichonoma vaginalis	3	42,9	3	42,9	1	14,3	7	7,4
Neisseria gonorrhoeae	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	1,1
Cándida albicans	7	15,9	22	50,0	15	34,1	44	46,3
Otro	0	0,0	0	0,0	1	2,9	1	1,1
Gardnerella Vaginalis y Cándida albicans	0	0,0	3	75,0	1	25,0	4	4,2
Gardnerella Vaginalis y Trichonoma vaginalis	0	0,0	0	0,0	3	8,6	3	3,2
Gardnerella Vaginalis y otra	0	0,0	3	50,0	3	50,0	6	6,3
Clamidia Trachomatis y otra	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	2,1
Cándida albicans y otra	4	50,0	1	12,5	3	37,5	8	8,4
Trichonoma vaginalis, Cándida albicans y otra	2	50,0	1	25,0	1	25,0	4	4,2
Trichonoma vaginalis y Cándida albicans	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	4,2
Total	18	18,9	42	44,2	35	36,8	95	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$X^2 = 29,669$

$p = 0,282$

Se logra observar en los presentes datos que, de aquellas trabajadoras sexuales que dijeron estar tristes siempre, el 42,9% tenía candidiasis vaginal; en porcentajes similares (50%) tuvieron Clamidiasis asociada a otra infección; candidiasis vaginal asociada a otra infección, y tricomoniasis vaginal, candidiasis vaginal asociadas a otra infección, de aquellas que manifestaron estar tristes casi siempre, el 100% tenía gonorrea y el 75% vaginosis bacteriana asociada a candidiasis vaginal.

Si bien es cierto la presencia de alguna infección de transmisión sexual puede ocasionar tristeza; sin embargo es el ejercicio de la prostitución en sí, la que ocasiona este sentimiento, pues a menudo son rechazadas por su propia familia, despreciadas muchas veces excluidas de su grupo social al que pertenecían antes de practicar esta

actividad, y estigmatizadas por la sociedad en general, razón por la que la mayoría de trabajadoras sexuales se alejan de su tierra natal y ocultan la actividad que realizan.

Aunque el fenómeno del rechazo a este sector es mundial, la secretaria ejecutiva de la Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales (Red Trasex) de Latinoamérica y el Caribe, Elena Reynaga, dijo que el estigma "es más conflictivo" (57).

Destacó que las mujeres que ejercen el trabajo sexual son víctimas de detenciones arbitrarias y reciben malos tratos cuando solicitan servicios médicos.

"En los centros de salud, muchas mujeres solo somos atendidas de la cintura para abajo, hay una sola preocupación: que no nos infectemos de VIH/sida y que nuestra vagina esté sana", enfatizó la activista argentina.

Añadió que muchas de las actitudes discriminatorias son producto de "la ignorancia, el fuerte machismo y el catolicismo", y que se trata de un problema complejo, en donde el grado real de discriminación y su repercusión en las personas son desconocidos por el resto de la sociedad (57).

Garaizábal (2015), por su parte, sostiene que uno de los elementos más discriminatorios de la situación de las prostitutas es la estigmatización que sufren. De hecho, así lo reconocen la mayoría de trabajadoras del sexo y las teóricas del movimiento internacional de prostitutas. Entre estas últimas, Gail Pheterson considera que esta estigmatización es lo que constituye el eje central de la definición misma del trabajo sexual. Así mismo, la palabra "puta" es una palabra que no sólo describe, también se utiliza para insultar y degradar (58).

La puta representa por excelencia una de las fantasías masculinas al uso: la mujer que se entrega a todos los hombres y que no pertenece a ninguno. Fantasía que resulta a la vez excitante (cualquiera puede gozar de sus favores) e intolerable (no se acepta que no sea poseída por alguno en particular). Las propias definiciones, así como el imaginario y los mitos en los que se sustentan éstas, oscurecen y deforman lo que ocurre en la realidad y son un elemento importante del control social sobre las prostitutas y, por extensión, sobre la sexualidad femenina en su conjunto (58).

Tabla 07. Sentimientos de culpa asociado a Infecciones de Transmisión Sexual en las trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

Infecciones de transmisión sexual	Sentimientos de culpa						Total	
	Siempre		Casi siempre		Nunca			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Ninguno	0	0,0	2	66,7	1	33,3	3	3,2
Vaginosis bacteriana	1	16,7	2	33,3	3	50,0	6	6,3
Clamidiasis	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	2,1
Trichomoniasis vaginal	2	28,6	4	57,1	1	14,3	7	7,4
Gonorrhoeae	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Candidiasis vaginal	10	22,7	18	40,9	16	36,4	44	46,3
Otro	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	1,1
Vaginosis bacteriana y Candidiasis vaginal	0	0,0	4	100,0	0	0,0	4	4,2
Vaginosis bacteriana y Trichomoniasis vaginal	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3	3,2
Vaginosis bacteriana y otra	0	0,0	1	16,7	5	83,3	6	6,3
Clamidiasis y otra	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	2,1
Candidiasis vaginal y otra	3	37,5	0	0,0	5	62,5	8	8,4
Trichomoniasis vaginal, Candidiasis vaginal y otra	1	25,0	0	0,0	3	75,0	4	4,2
Trichomoniasis vaginal y Candidiasis vaginal	0	0,0	3	75,0	1	25,0	4	4,2
Total	20	21,1	34	35,8	41	43,2	95	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$X^2 = 45,212$

$p = 0,011$

Los datos que anteceden, permiten observar que las trabajadoras sexuales que siempre tienen sentimientos de culpa son aquellas que han tenido gonorrea (100,0%); Candidiasis vaginal asociado a otro patógeno (37,5%); Trichomoniasis vaginal (28,6%). Ello es comprensible porque, la sintomatología que presentan estas infecciones son molestas (la gonorrea produce secreción purulenta; la candidiasis vaginal ocasiona escozor y la trichomoniasis vaginal ocasiona un flujo mal oliente) y generalmente la asocian con enfermedades incurables como el SIDA; es entonces cuando experimentan sentimientos de culpa, porque ellas están conscientes de que son susceptibles de contraer este tipo de infecciones y aun así continúan ejerciendo la prostitución, la mayoría por situaciones económicas precarias y con una carga familiar bajo su responsabilidad.

“Yo sola vine cono necesito plata estoy con unas deudas muy fuertes y no encontré otro trabajo además este da plata más rápido”.

“Porque no encontraba trabajo en nada, todas las puertas se me cerraban creo y tenía que ayudar a mi mamá ella necesita medicinas por su enfermedad y esto fue lo único que me quedó”.

“Por una amiga, señorita, mi esposo me dejó y como no tengo estudios y para casi todos los trabajos piden secundaria yo ni eso tengo y ya pues mi amiga me recomendó”

Sin embargo no dejan de experimentar sentimientos de culpa.

“No me gusta este trabajo, me siento mal, pero lo tengo que hacer porque si no me quitan a mi hijo y otra no tengo con que mantenerlo”

Mingorance (2015) afirma que el sentimiento de culpabilidad aparece por el hecho de clasificar el yo estigmatizado en una de las dos clases de mujeres existente en la sociedad: “mujeres buenas” (las madres y esposas) y “mujeres malas” (las prostitutas). Posicionarse en el segundo grupo (malas mujeres) genera sentimientos de decepción y frustración en el sujeto (56).

El secreto con el que se desarrolla la actividad implica miedo a ser descubiertas. La mujer realiza esfuerzos por ocultar esta actividad a toda la familia o a los miembros más significativos para ella. La tendencia es que la familia, el vecindario, las relaciones sociales sean ajenas a su actividad y conformen un mundo aparte. Necesita ocultar el yo estigmatizado porque el descubrimiento, para ella, perjudicaría la situación social, así como las relaciones establecidas y significativas para la persona (56).

Precisamente cuando se les hizo la pregunta ¿Ha tenido recriminaciones por parte de familiares o amigos? ellas contestaron:

“Mi familia no sabe, amigos sí, me dicen que deje esto que cambie de trabajo”

“Ningún familiar sabe que practico este trabajo, ni que sepan, no hay de que orgullecerme con este trabajo”

Molina (2015) afirma que la aparición del sentimiento de culpabilidad que predomina en todas las prostitutas, suele aparecer por el hecho de dedicarse a algo que socialmente es denigrante y/o porque se sienten avergonzadas por traicionar a su familia y ocultarles su forma de vida (55).

Estadísticamente, se encontró asociación significativa entre las variables infecciones de transmisión sexual y sentimientos de culpa según el coeficiente de correlación $p = 0.011$.

Tabla 08. Sufrimiento asociado a Infecciones de Transmisión Sexual en las trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

Infecciones de transmisión sexual	Sufrimiento				Total	
	Sí		No			
Ninguno	1	33,3	2	66,7	3	3,2
Vaginosis bacteriana	4	66,7	2	33,3	6	6,3
Clamidiasis	0	0,0	2	100,0	2	2,1
Trichomoniasis vaginal	6	85,7	1	14,3	7	7,4
Gonorrea	1	100,0	0	0,0	1	1,1
Candidiasis vaginal	22	50,0	22	50,0	44	46,3
Otro	0	0,0	1	100,0	1	1,1
Vaginosis vaginal y candidiasis vaginal	2	50,0	2	50,0	4	4,2
Vaginosis bacteriana y trichomoniasis vaginal	0	0,0	3	100,0	3	3,2
Vaginosis bacteriana y otra	1	16,7	5	83,3	6	6,3
Clamidiasis y otra	2	100,0	0	0,0	2	2,1
Candidiasis vaginal y otra	4	50,0	4	50,0	8	8,4
Trichomoniasis vaginal, candidiasis vaginal y otra	2	50,0	2	50,0	4	4,2
Trichomoniasis vaginal y Candidiasis vaginal	2	50,0	2	50,0	4	4,2
Total	47	49,5	48	50,5	95	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$X^2 = 16,229$

$p = 0,237$

Se evidencia en la presente tabla que el 100% de trabajadoras sexuales que tenía gonorrea y el 100% que tenía clamidiasis asociado a otro patógeno, manifestaron sufrimiento; sin embargo el 100% de trabajadoras sexuales que tenían solamente clamidiasis, vaginosis bacteriana asociada a tricomoniasis dijeron no sufrir.

Un dato importante que se puede rescatar de la presente tabla, es que a pesar de que algunas trabajadoras sexuales no tuvieron ninguna infección de transmisión sexual manifiestan este tipo de sentimiento en el 33,3%, lo que permite afirmar que igual que en la tabla anterior, el sufrimiento está presente fundamentalmente por la prostitución en sí.

Mingorance (2015), señala que en el ejercicio de la prostitución, la mujer sufre situaciones de abuso cuando es humillada o menospreciada como consecuencia de ideas sexistas, racistas o es víctima de personas violentas. En tales condiciones, la mujer pierde toda su autoestima y comienza a verse a sí misma como la ven quiénes las estigmatizan hechos que le ocasionan sufrimiento (56).

Las trabajadoras del sexo, en la mayoría de ocasiones, no comparten abiertamente su vida con su entorno más inmediato por llevar una vida despreciable, sucia y vetada por la sociedad, sintiendo que se les nula su dignidad como seres humanos. Ellas mismas perciben el ambiente negativo que les rodea, y el maltrato y hostigamiento que les da la colectividad, también se observan todo un repertorio de emociones y sentimientos como pueden ser ansiedad creciente, soledad, sensación de incompreensión, culpa, frustración, sensación de falta de control, enfado cada vez más constante y que se extiende a más personas y situaciones, culminando en sufrimiento (56).

Otro hecho que condiciona sufrimiento en algunas trabajadoras sexuales es la pérdida del ritmo social. El día y la noche se alternan en el trasiego del trabajo. La distribución de los tiempos hace que cada vez se vaya perdiendo más el contacto con realidades ajenas al mundo de la prostitución, y por ello el hecho de plantearse salir resulta también más difícil. Esta alteración del ritmo social fomenta la exclusión social de este colectivo (56).

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de las trabajadoras sexuales, pertenecieron al grupo etáreo de 25-29 años; con secundaria completa; solteras, con residencia en la zona de residencia y con ingreso económico de 2 salarios mínimo vitales.
2. La infección de transmisión sexual más frecuente que se presentó en las trabajadoras sexuales fue la candidiasis vaginal.
3. La mayoría de trabajadoras sexuales tuvo un nivel de autoestima alta, no presentaron depresión, casi siempre tienen miedo, y sentimientos de culpa, pero no sufrimiento.
4. Se encontró asociación significativa entre las variables: infecciones de transmisión sexual y el sentimiento de culpa como consecuencia psicológica, según el coeficiente de correlación $p = 0,011$, corroborándose la hipótesis planteada de manera parcial.

RECOMENDACIONES

1. A los profesionales encargados de la salud de la mujer, orientar a las trabajadoras sexuales no solamente en Infecciones de Transmisión sexual, sino también interiorizar los riesgos de esta actividad en la esfera psicológica.
2. A la plana docente de la Escuela Académico Profesional programar talleres que fortalezcan el autoestima en las adolescentes como una forma de prevención de la prostitución.
3. A los futuros tesisistas investigar sobre los factores que conllevan a la prostitución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cáritas Española. La prostitución desde la experiencia y la mirada de Cáritas Madrid: Cáritas Española Editores; 2016. Ramírez Z. La prostitución en Latinoamérica y el Caribe. Utopía y Praxis Latinoamericana. 2015 Noviembre 11: p. 121-126. Buendía B. ¿Cuántas personas se prostituyen en el mundo? Artículo original. Argentina; 2016. Velásquez C. Algunas notas, estadísticas y sorpresas. Informe técnico. México; 2010. UNICEF. La situación en el Perú. Lima; 2009. Muruaga S. Prostitución y salud. Mujeres para la salud. 2012. Martínez A, Sanz V, Puertas M. Efectos psicosociales en el ejercicio de la prostitución. Valencia - España; 2007. Hernández S, Nesvara I, Torres C, Pereda C, Hernández E. Incidencia de Enfermedades de Transmisión Sexual y factores sociales en las trabajadoras sexuales en control sanitario en el consultorio N° 1. Revista Chilena de Salud Pública. 2006; 10(2): p. 79-84. Alvis N, Mattar SGJ, Conde E, Diaz A. Infecciones de Transmisión Sexual en un grupo de alto riesgo de la ciudad de Montería. Revista de Salud Pública. 2007; 9(1): p. 86-96. Bonilla N, Espejo R, Quintero C. Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en trabajadoras sexuales controladas en el área de salud 4 Yanuncay- Cuenca. Tesis a la obtención del título de Licenciada en Enfermería. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2013. Reyes M. Prevalencia de las infecciones de transmisión sexual en sexo servidoras. Tesis. Quetzaltenango - Guatemala: Universidad Rafael Landívar; 2014. Tubert M. La prostitución. Informe técnico. Madrid; 2011. Musto CTN. Prostitución y trabajo sexual. Artículo original. Uruguay; 2013. Weitzer R. Sociología del trabajo sexual. Revista anual de sociología. 2009;(35): p. 213-234. Limoncelli S. Conceptualización de las sexualidad de las mujeres. Foro Internacional de estudios sobre la mujer. 2009: p. 261-269. Di Tomasso M, Shimma I, Strom S, Bettio F. Privación del bienestar de mujeres víctimas de explotación sexual. Revista Europea de economía Política. 2009;(25): p. 143-162. Sanders T, O'Neill M, Pitchers J. Prostitución. Trabajo sexual y Política Londres: SAGE Publicaciones; 2009. Matthews R. Prostitución y política. Inglaterra; 2008. Johnston C, Callon C, Wood E, Keer J. Oferta de financiación. Incentivos para las relaciones sexuales sin protección en el contexto del trabajo sexual. Revisión de drogas y alcohol. New York; 2009. Gorenstein S. Prostitución: permitida y estigmatizada. Perspectiva discursivas a partir de las historias de vida de seis mujeres que se prostituyen en El Trocadero. Debates en Sociología. 2013;(2013): p. 29-59. Alcocer A. Guía de buena práctica en Infecciones de Transmisión Sexual Madrid:

- Organización Médica Colegial; 2011. Duque C, Uribe O, Soto A, Alarcón J. Candidiasis vulvovaginal en gestantes. Artículo Original. Medellín: Asociación Colombiana de Infectología; 2009. Pradenas M. Infecciones cervicovaginales y embarazo. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014; 26(6): p. 925-935. Ferreres I. El pH vaginal en el embarazo. Matronas profesión. 2009; 9(4): p. 18-20. Pacheco J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. Segunda ed. Lima: REP; 2007. Acuria B. Síndrome de úlcera genital y flujo vaginal en mujeres en edad fértil. Hospital San Francisco. Guayaquil; 2011. Santos I. Tricomoniais: una visión amplia. Iatreia. 2014 abril-junio; 27(2): p. 198-205. Espinoza C, Rodríguez X, Sánchez S, Alba D. Intervención educativa a embarazadas con síndrome de flujo vaginal. Revista digital Buenos Aires. 2015; 19(201).
29. Oliva A. et al. Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven. Andalucía - España; 2009.
30. Escalante G. Autoestima y diferenciación personal Venezuela: Universidad de los Andes; 2007.
31. Zarragoitia I. Depresión. Generalidades y particularidades La Habana : Editorial Ciencias Médica; 2011.
32. Cruz G. De la tristeza a la depresión. Revista electrónica de Psicología Iztacala. 2012 Diciembre; 15(4): p. 1310-1325.
33. Cuervo Á, Bouquet R. Tristeza, depresión y estrategias de autorregulación en niños. Tesis psicológica. Bogotá - Colombia: Fundación Universitaria Los Libertadores; 2007. López A. El sentimiento de culpa y los conflictos en las relaciones de pareja. Artículo original. Barcelona - España; 2012. Molina J. El sufrimiento humano como experiencia personal y profesional. Revista Bioética. 2011.
36. Jiménez R. Misoginia. Artículo. México: Fundación UNAM; 2012.
37. Conde V. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. Archivos de neurobiología. 2010; 3: p. 281-303. Vásquez A, Vásquez R, Bellido G. Fiabilidad y validez de la escala de autoestima de Rosenberg. Apuntes de psicología. 2013; 31(1): p. 37-43. Bohórquez L. Factores asociados a síntomas depresivos en trabajadoras sexuales. Informe final de investigación. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor

de San Marcos; 2010. Bolaños A. La prostitución desde una perspectiva de los derechos humanos. España; 2011. Soto V. Epidemiología y prevención. Revista experimental de Medicina. 2015; 1(2). Mutasah T. Las trabajadoras y los trabajadores sexuales en peligro. Artículo original. London - Reino Unido: Amnesty International; 2016. Álvarez Á. La prostitución. Claves básicas para reflexionar sobre un problema. Artículo original. España; 2015. Medina A. Las trabajadoras sexuales ¿Tienen derechos laborales? Revista Peruana de Derecho Constitucional. 2016;(61). Cannoni G, Bórquez S. Vulvovaginitis e infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. Revista Médica de la Clínica Las Condes. 2011; 22(1): p. 49-57. Organización Mundial de la salud. Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva N° 110. Ginebra - Suiza; 2016. Salomón M, Martínez N, Delia D, González C, Bittar V, González N. Prevalencia de Trichomas vaginalis en trabajadoras sexuales. Medicina. 2011 octubre; 71(05). Ministerio de Ciencia e Innovación. Infecciones de Transmisión Sexual. Diagnóstico, tratamiento, prevención y control Madrid : Centro Nacional de Epidemiología. Instituto; 2011. Ceballos G, Arévalo C, Hernández G, Suárez Y. Autoestima, depresión, consumo de alcohol y cigarrillos en mujeres que ejercen la prostitución en las ciudades de Santa Marta y Riohacha. Proyecto de pregrado en psicología de la Universidad del Magdalena,. Colombia: Universidad del Magdalena; 2013. Fundación Secretariado Gitano. Desarrollo de la autoestima Madrid; 2008. Mejía M. Culpa y deuda. Artículo original. Medellín: Universidad de Antioquía; 2012. Fonseca C. Mujeres migrantes latinoamericanas en el trabajo sexual en Barcelona: grupo de discusión sobre el poder y el sufrimiento de las mujeres en la industria del sexo. Investigación. México : Universidad Autónoma de Hidalgo; 2014. Pareja R. El sufrimiento entre causantes y culpables México: Universidad Autónoma de Hidalgo ; 2013. Zinícola C. gloria.tv/article. [Online]; 2017 [cited 2017 Noviembre 30. Available from: <https://gloria.tv/article/GCYG4PQ3wPQJ2ME9BrCQ8K8WM>. Molina C. Riesgos psicosociales en la prostitución. Trabajo de fin de grado en psicología. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. Mingorance L. Los efectos del estigma de la prostitución en la mujer. Memoria del trabajo de final de grado. Comunidad autónoma española de las Islas Baleares. Universitat de Illes Balears; 2015. Agencia EFE. La discriminación y el estigma a trabajadoras sexuales. Agencia EFE. 2015 Octubre 23. Garaizabal. C. El estigma de la prostitución. [Online]; 2015. Available from: <http://www.pensamientocritico.org/crigar0208.html>.

59. Organización Mundial de la Salud; Fondo de Población de las Naciones Unidas, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. La mujer rural y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York; 2012.

ANEXO 01

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES

Edad

15-19 años () 20-24 años () 25-29 años ()

30-34 años () 35-39 años () 40-45 años ()

46-49 años ()

Estado civil

Soltera () Casada () Conviviente ()

Separada () Viuda ()

Grado de instrucción

Sin nivel educativo () Primaria incompleta ()

Primaria completa () Secundaria incompleta ()

Secundaria completa () Superior técnica ()

Superior universitaria ()

Procedencia

Urbana () Rural ()

Ingreso económico

< 1 SMV () 1 SMV () 2 SMV ()

3 SMV () 4 SMV () 5 ó + SMV ()

G:

P:

II. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Gardnerella vaginalis ()

Clamidia trachomatis ()

Trichomonas vaginalis ()

Neisseria gonorrhoeae ()

Cándida albicans ()

Síntomas clínicos

Prurito vaginal

Secreción vaginal de color parduzca olor a pescado ()

Secreción vaginal verdosa maloliente ()

Secreción blanquecina como leche cortada ()

IV. Consecuencias negativas

Nivel de autoestima

Autoestima alta () Autoestima media ()

Autoestima baja ()

Grado de depresión

Sin depresión () Depresión leve () Depresión moderada
() Depresión severa ()

Ud se siente triste por la actividad que realiza?

Siempre () Casi siempre () Nunca ()

Tiene sentimientos de culpabilidad?

Siempre () Casi siempre () Nunca ()

Está conforme con la actividad que realiza?

Siempre () Casi siempre () Nunca ()

Cuando se dispone a dormir:

Lo hace con facilidad () Tiene alguna dificultad ()

No puede dormir ()

Siente Ud. que sufre por la actividad que realiza?

Si () No ()

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. ¿Cómo llegó a ejercer esta actividad? ¿Por qué motivos?
2. Se ha sentido mal en algún momento de su vida por ejercer esta actividad?
3. ¿Es consciente de las enfermedades que puede padecer?
4. ¿Qué sentimientos ha experimentado al tener algún signo o síntoma de alguna infección de transmisión sexual?
5. ¿Ha tenido recriminaciones por parte de familiares o amigos?
6. ¿Ha tenido miedo en algún momento de su vida practicando esta actividad?

ANEXO 02

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Parámetros	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				
5. En general estoy satisfecha de mi misma.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa.				
7. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
A veces creo que no soy buena persona.				

Interpretación:

De 30 – 40 puntos: Autoestima alta

De 26 – 29 puntos: Autoestima media

< 25 puntos: Autoestima baja

ANEXO N° 03

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG (SDS)

Por favor marque () la columna adecuada	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan. 18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS ASOCIADAS A INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2017

Bachiller En Obstetricia: María Chrystina Adalid Martos Saldaña

Asesora: Obsta. Elena Soledad Ugaz Burga

RESUMEN

Se define la prostitución como un acto consciente, libre y voluntario, mediante el cual una persona vende su cuerpo a cambio de una retribución económica, pero el problema mayor radica cuando la mujer contrae alguna Infección de Transmisión Sexual, aunado a las consecuencias psicológicas que trae consigo. Objetivo: determinar las consecuencias psicológicas asociadas a Infecciones de Transmisión Sexual en trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca. Metodología: el estudio corresponde a un tipo de estudio mixto cuyo diseño es el anidado o incrustado concurrente de modelo dominante. Resultados: la mayoría de trabajadoras sexuales perteneció al grupo etáreo de 25-29 años (31,6%); tuvieron secundaria completa (36,8%); solteras (68,4%); residentes en la zona urbana (90,5%); la mayoría tiene un ingreso económico de 2 salarios mínimo vitales: En el 47,4% se identificó como infección de transmisión sexual a la Candidiasis vaginal; el 35,8% presentó un nivel de autoestima alta; y el 18,9% estuvieron ligeramente deprimidas; el 44,2% dijo estar casi siempre triste; el 21,1% tener sentimientos de culpa siempre y el 49,5% dijo que sufría. Conclusión: se encontró asociación significativa entre las Infecciones de Transmisión Sexual y el sentimiento de culpa como consecuencia psicológica, según $p = 0,011$.

Palabras clave: consecuencias psicológicas, infecciones de transmisión sexual, trabajadoras sexuales.

ABSTRACT

Prostitution is defined as a conscious, free and voluntary act, through which a person sells his body in exchange for economic retribution, but the biggest problem is when the woman contracts a Sexually Transmitted Infection, together with the psychological consequences that it brings with him. Objective: to determine the psychological consequences associated with Sexually Transmitted Infections in sex workers attending the Regional Teaching Hospital of Cajamarca. Methodology: the study corresponds to a type of mixed study whose design is the nested or incrustated concurrent dominant model. Results: the majority of sex workers belonged to the age

group of 25-29 years old (31.6%); they had full high school (36.8%); single women (68.4%); residents in the urban area (90.5%); most have an income of 2 minimum vital wages: In 47.4% was identified as a sexually transmitted infection to vaginal Candidiasis; 35.8% presented a high level of self-esteem; and 18.9% were slightly depressed; 44.2% said they were almost always sad; 21.1% have feelings of guilt always and 49.5% said they suffered. Conclusion: a significant association was found between Sexually Transmitted Infections and the feeling of guilt as a psychological consequence, according to $p = 0.011$.

Key words: psychological consequences, sexually transmitted infections, sex workers.

INTRODUCCIÓN

La prostitución, es el intercambio de un servicio sexual por otros bienes o servicios y no un intercambio del yo, e involucra trabajo, habilidad y práctica. El aprendizaje juega un rol clave en esta actividad tanto al inicio como a lo largo de la trayectoria. Las distintas formas de ejercicio, el trato del cliente, el manejo de los estigmas y emociones, las formas de protegerse de la violencia, cómo lidiar con la policía, el cuidado personal, la maximización de las ganancias, etc. constituyen rutinas, habilidades y prácticas que las mujeres van aprendiendo a lo largo del tiempo; sin embargo a pesar de extremar precauciones en ocasiones pueden contraer alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS) que en su condición de saber los riesgos a los que están expuestas, se atemorizan y pueden evidenciar algunos problemas psicológicos.

Desde esta perspectiva se realizó el presente trabajo de investigación cuyo objetivo fue determinar las consecuencias psicológicas asociadas a Infecciones de Transmisión Sexual en trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, encontrando que las ITS identificadas fueron la Candidiasis vaginal, vaginosis bacteriana, tricomoniasis gonorrea y clamidiasis y la consecuencia psicológica identificada fue el sentimiento de culpa que experimentan las trabajadoras sexuales, entre cuyas variables se encontró una asociación altamente significativa y se confirmó la hipótesis parcialmente.

METODOLOGÍA

La presente investigación, corresponde a un tipo de estudio mixto cuyo diseño es el anidado o incrustado concurrente de modelo dominante. El estudio se llevó a cabo en

el Hospital Regional Docente de Cajamarca. La muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión y fue de 95 trabajadoras sexuales.

ANÁLISIS RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 01. Infecciones de transmisión sexual en las trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

Infecciones de transmisión sexual	n°	%
Vaginosis bacteriana	6	6,3
Clamidiasis	2	2,1
Trichomoniasis vaginal	7	7,4
Gonorrea	1	1,1
Candidiasis vaginal	45	47,4
Vaginosis bacteriana y candidiasis vaginal	4	4,2
Vaginosis vaginal y Trichomoniasis vaginal	3	3,2
Vaginosis bacteriana y otra	6	6,3
Clamidiasis y otra infección	2	2,1
Candidiasis vaginal y otra	8	8,4
Trichomoniasis vaginal, Candidiasis vaginal y otra	4	4,2
Trichomoniasis vaginal y Candidiasis vaginal	4	4,2
Ninguno	3	3,2
Total	95	100.0

Los presentes datos, muestran que el mayor porcentaje de trabajadoras sexuales tuvieron como resultado de su análisis de laboratorio, a la Candidiasis vaginal *por Cándida albicans* en 47,4%, el 8,4%, también presentó *Cándida albicans* pero acompañada de otro micororganismo; el 20% presentó vaginosis bacteriana, ya sea sola o acompañada de otros agentes patógenos.

Alvis y cols (2007) encontraron que las pacientes de su estudio presentaron *Gardnerella vaginalis* en 17,4% dato similar al encontrado en el presente estudio (20%); Bonilla (2013) por su parte encontró que el 47,5% de mujeres presentó infecciones micóticas, dato casi idéntico al encontrado en el presente estudio.

Definitivamente el porcentaje de mujeres con esta infección, sugiere que en algún momento, han tenido relaciones sexuales sin protección con un hombre que ha tenido este agente infeccioso que ha podido ser su pareja o algún cliente, ya que en ocasiones aceptan no utilizar protección a cambio de dinero extra, sin considerar que ello las está haciendo más vulnerables al contagio de cualquier infección de transmisión sexual.

Tabla 02. Consecuencias psicológicas en las trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

Nivel de autoestima	n°	%
Alta	34	35,8
Media	33	34,7
Baja	28	29,5
Total	95	100,0
Nivel de depresión	n°	%
Normal	73	76,8
Ligeramente deprimidas	18	18,9
Moderadamente deprimidas	4	4,2
Total	95	100,0

En la presente tabla, se observa que el 35,8% de trabajadoras sexuales mostró un nivel de autoestima alta, seguido del 34,7% que tuvo un nivel de autoestima media y el 29,5% nivel de autoestima baja. Estos resultados difieren con los encontrados por Ceballos y cols. (2013), ellos encontraron que el 53,3% de las mujeres tenían autoestima alta y el 46,7% autoestima media, lo cual indica que no se evidenció mujeres que tuvieran autoestima baja (49).

En cuanto a la depresión el 18,9% de trabajadoras sexuales, mostraron ligera depresión y el 4,2% depresión moderada. Las cifras en conjunto de trabajadoras ligeramente deprimidas y moderadamente deprimidas, guardan cierta relación con el porcentaje de quienes tienen un nivel de autoestima baja pudiéndose afirmar que en el presente estudio el nivel de autoestima influye en el grado de depresión de estas mujeres, dato similar al encontrado por Ceballos (2013) que encontró que muchas mujeres, a pesar de no tener una autoestima baja, si presentaban síntomas de una depresión moderada (56,7%) (49).

Tabla 03. Consecuencias psicológicas en las trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

Tristeza	n°	%
Siempre	18	18,9
Casi siempre	42	44,2
Nunca	35	36,8
Total	95	100,0

Sentimientos de culpa	n°	%
Siempre	20	21,1
Casi siempre	34	35,8
Nunca	41	43,2
Total	95	100,0
Sufrimiento	n°	%
Sí	47	49,5
No	48	50,5
Total	95	100,0

Los presentes datos, muestran que el 44,2% de trabajadoras sexuales muestran sentimientos de tristeza, seguido de un 36,8% de quienes manifestaron no tener este sentimiento nunca; solamente el 18,9% afirmó que siempre estaba triste. Los sentimientos de tristeza, surgen por diferentes razones, ya sea por añorar su tierra que abandonan por trabajar en esta actividad, porque muchas veces son criticadas, han sido víctimas de maltrato físico, sexual o psicológico o porque son obligadas a ejercer esta actividad. Quienes manifiestan no tener este sentimiento nunca, probablemente valoren más los beneficios económicos que perciben, que los efectos negativos, sobre todo porque no han experimentado una infección de transmisión sexual grave como el VIH-SIDA; por otro lado algunas mujeres también se conforman con su situación actual. Sin embargo, también en otras trabajadoras sexuales surge la resignación tratando de minimizar los riesgos; sin que ello las deje de atemorizar.

Cruz, (2012) señala que si se considera que la tristeza es uno de los sentimientos básicos de todo individuo, se puede entender entonces que forma parte de la subjetividad y que por tanto es parte inherente de la vida de todo ser humano; tanto como los otros sentimientos básicos (32), lo que significaría que todas las trabajadoras sexuales en algún momento han experimentado este sentimiento a pesar de no admitirlo.

Al averiguar si tenían sentimientos de culpa, el 43,2% dijo no tenerlos nunca; pero el 35,8% manifestó que casi siempre y el 21,1%, siempre. Según los datos estadísticos hay más mujeres con sentimientos de culpa que con sentimientos de tristeza, pero son datos fríos que no permiten objetivar los verdaderos sentimientos de este grupo de mujeres, es posible que algunas hayan ocultado este tipo de sentimiento por diversas razones que será tema de otra investigación; pues es harto probable que quienes tienen sentimientos de culpabilidad también se sientan tristes.

Al averiguar sobre el sufrimiento, se determinó que el 49,5% manifestó algún tipo de sufrimiento, mientras que el 50,5% dijo que no sufría. Las trabajadoras sexuales, experimentan algún sentimiento de sufrimiento, probablemente por las recriminaciones hechas por su familia, que las hace experimentar precisamente un sentimiento de culpa, precisamente cuando se les preguntó si su familia le hacía recriminaciones algunas mujeres contestaron que sí.

Fonseca (2014) afirma que, el sufrimiento proviene fundamentalmente de la sociedad, que la desprecia y le baja la autoestima. Muchas mujeres se encuentran anuladas, sumidas en la vergüenza de saberse utilizadas, manipuladas, ultrajadas y descartadas como objetos inservibles una vez que llegan a la edad en la que ya no podrán ejercer esta actividad (53).

Tabla 04 Sentimientos de culpa asociado a Infecciones de Transmisión Sexual en las trabajadoras sexuales que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

Infecciones de transmisión sexual	Sentimientos de culpa						Total	
	Siempre		Casi siempre		Nunca		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Ninguno	0	0,0	2	66,7	1	33,3	3	3,2
Vaginosis bacteriana	1	16,7	2	33,3	3	50,0	6	6,3
Clamidiasis	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	2,1
Trichomoniasis vaginal	2	28,6	4	57,1	1	14,3	7	7,4
Gonorrhoeae	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Candidiasis vaginal	10	22,7	18	40,9	16	36,4	44	46,3
Otro	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	1,1
Vaginosis bacteriana y Candidiasis vaginal	0	0,0	4	100,0	0	0,0	4	4,2
Vaginosis bacteriana y Trichomoniasis vaginal	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3	3,2
Vaginosis bacteriana y otra	0	0,0	1	16,7	5	83,3	6	6,3
Clamidiasis y otra	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	2,1
Candidiasis vaginal y otra	3	37,5	0	0,0	5	62,5	8	8,4
Trichomoniasis vaginal, Candidiasis vaginal y otra	1	25,0	0	0,0	3	75,0	4	4,2
Trichomoniasis vaginal y Candidiasis vaginal	0	0,0	3	75,0	1	25,0	4	4,2
Total	20	21,1	34	35,8	41	43,2	95	100,0

Los datos que anteceden, permiten observar que las trabajadoras sexuales que siempre tienen sentimientos de culpa son aquellas que han tenido gonorrea (100,0%); Candidiasis vaginal asociado a otro patógeno (37,5%); Trichomoniasis vaginal

(28,6%). Ello es comprensible porque, la sintomatología que presentan estas infecciones son molestas (la gonorrea produce secreción purulenta; la candidiasis vaginal ocasiona escozor y la trichomoniasis vaginal ocasiona un flujo mal oliente) y generalmente la asocian con enfermedades incurables como el SIDA; es entonces cuando experimentan sentimientos de culpa, porque ellas están conscientes de que son susceptibles de contraer este tipo de infecciones y aun así continúan ejerciendo la prostitución, la mayoría por situaciones económicas precarias y con una carga familiar bajo su responsabilidad. Sin embargo no dejan de experimentar sentimientos de culpa.

Molina (2015) afirma que la aparición del sentimiento de culpabilidad que predomina en todas las prostitutas, suele aparecer por el hecho de dedicarse a algo que socialmente es denigrante y/o porque se sienten avergonzadas por traicionar a su familia y ocultarles su forma de vida (55).

Estadísticamente, se encontró asociación significativa entre las variables infecciones de transmisión sexual y sentimientos de culpa según el coeficiente de correlación $p = 0.011$.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de las trabajadoras sexuales, pertenecieron al grupo etáreo de 25-29 años; con secundaria completa; solteras, con residencia en la zona de residencia y con ingreso económico de 2 salarios mínimo vitales.
2. La infección de transmisión sexual más frecuente que se presentó en las trabajadoras sexuales fue la candidiasis vaginal.
3. La mayoría de trabajadoras sexuales tuvo un nivel de autoestima alta, no presentaron depresión, casi siempre tienen miedo, y sentimientos de culpa, pero no sufrimiento.
4. Se encontró asociación significativa entre las variables: infecciones de transmisión sexual y el sentimiento de culpa como consecuencia psicológica, según el coeficiente de correlación $p = 0,011$, corroborándose la hipótesis planteada de manera parcial.