



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

PATOLOGÍA DUAL EN LAS VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

Amador Cernuda Lago

amador.cernuda@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La experiencia de haber llevado a cabo varios programas de apoyo y rehabilitación de víctimas de explotación sexual nos ha permitido observar que, aparte de la dificultad lógica esperable de los procesos, uno de los aspectos más destacables y que complican la rehabilitación es la marcada incidencia de patología dual. Hemos detectado mucha comorbilidad de adicción de drogas y alcohol, con problemas de autoestima, ansiedad y depresión (Cernuda, 2014).

La realidad de la prostitución abarca múltiples contextos y resulta compleja. Este trabajo se centra en experiencias relativas a prostitución de mujeres, principalmente inmigrantes y víctimas de explotación sexual. No atiende a otros colectivos como los transexuales, la prostitución masculina u otras problemáticas como la prostitución infantil o las lamentables situaciones que acontecen en países en vías de desarrollo.

Es necesario comprender la situación y los procesos que tienen lugar para poder intervenir con eficacia. En la sociedad actual se constata el rechazo que, por una gran parte de población de nuestro entorno, por la persona dedicada a la prostitución. En nuestra cultura, a nivel privado o personal la palabra "puta" tiene significado insultante y peyorativo, igualmente es una gran ofensa la expresión "hijo de puta". Obviamente esta palabra tiene matices estigmatizantes. Desde la moral tradicional-conservadora, la persona que se prostituye es mala, es mala madre y mala esposa, perversa, degenerada, viciosa y no fiable.

De un modo menos radical, pero que les señala, se les considera víctimas de situaciones económicas o familiares, manipuladas por otros, se desprecia su afectividad y su vida privada sexual y amorosa. También son consideradas como las víctimas de redes para la explotación sexual y del tráfico en la inmigración ilegal. Resulta preocupante que esta situación de marginalidad o exclusión social determina una problemática que va a influir, tanto en su salud e integridad física, como en los derechos ciudadanos de las prostitutas.

La situación de doble moral sigue existiendo en nuestra sociedad. El ejercicio de la prostitución se sigue considerando una actividad de trabajo "no normalizado", a la vez desprestigiado y que no está bien visto. Muchas personas tienen el pensamiento de que la prostitución es irremediable e, incluso, se argumenta sobre su necesidad o la conveniencia de su mantenimiento. El entorno social actual más permisivo, tolerante y acrítico, suaviza la radicalidad de la moral tradicional e intenta afrontar el hecho de la prostitución desde diferentes perspectivas.

PATOLOGÍA DUAL EN LAS VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

Para cada mujer el ejercicio de la prostitución representa un significado único, muchas de ellas comparten la visión de que es una actividad degradante y que sólo se realiza por necesidad económica o por incapacidad de acceder a un puesto de trabajo normalizado, encontrándonos con dos situaciones: mujeres que no consiguen adaptarse al tipo de vida y al hecho de prostituirse, pero que se mantienen en ella porque no tienen otra opción -presión de una deuda, que es un aspecto generalizado en el caso de víctimas de explotación-, y, en segundo lugar, mujeres que consideran el ejercicio de la prostitución como algo temporal y circunstancial y que son capaces de proyectarse al futuro, un futuro que ya no tiene nada que ver con el mundo de la prostitución, son mujeres que se identifican con lo que hacen y no tiene ningún planteamiento de abandono del ejercicio de la prostitución y que mantienen un nivel de autoestima significativo pero, hay que señalar que esta situación es minoritaria.

El trabajo diario con mujeres que ejercen la prostitución nos demuestra que muchas están expuestas constantemente a múltiples acontecimientos estresantes. Aspectos estresantes de su vida diaria son: la situación de ilegalidad, el miedo constante a ser detenidas y expulsadas del país, miedo a las personas que las molestan en las calles, el pago de la deuda en el caso de mujeres inmigrantes que han sido traficadas por mafia, el miedo a la posibilidad de elegir un cliente que pueda hacerles daño, tener que utilizar varios nombres, varios estilos de vida para evitar ser excluidas por la sociedad, etc., produce una situación extrema en el proceso vital de las personas que viven este proceso, máxime si, como en muchos casos ocurre, además de los posibles desencadenantes que conducen a esta actividad, las personas involucradas son víctimas de explotación y en realidad de verdadera esclavitud manejada por grupos mafiosos y criminales que bordean la legalidad del sistema.

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

La generalización de algunos estereotipos y concepciones erróneas sobre este colectivo han interferido en todos los aspectos relacionados con el tema, las políticas de intervención, de investigación y, por ello, el abordaje del problema ha sido muy confuso.

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

PATOLOGÍA DUAL EN LAS VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

- Por un lado, nos encontramos con estudios parciales que se centran en aspectos muy concretos (prostitución-VIH-Sida, prostitución-infecciones de transmisión sexual, prostitución-trastornos mentales asociados, etc.) y no ofrecen una visión global de todas las variables que inciden en la salud y bienestar del colectivo (variables personales, sociales, sanitarias, psicológicas, económicas).
- Por otro lado, son estudios con poblaciones muy concretas y específicas. Los datos no pueden ser generalizables a todos los tipos de prostitución (de calle, pisos, club, etc.), ni a los diferentes colectivos de personas que ejercen la prostitución (mujeres, hombres, transexuales), o las diferentes zonas geográficas (zonas urbanas, rurales, sociedades occidentales, no occidentales, países del primer mundo, del tercer mundo).
- Por último, los estudios existentes son realizados usualmente con muestras muy pequeñas debido a las dificultades de acceso a la información para investigar sobre este colectivo; por lo tanto, los resultados obtenidos en muestras excesivamente pequeñas sólo pueden ser válidos y específicos para las muestras seleccionadas y no pueden transferirse.

Actualmente se buscan estudios más globales donde se analicen todas las variables que rodean la vida de las personas que ejercen la prostitución (calidad de vida, bienestar social, laboral y psicológico, índice de salud, factores de riesgo, factores psicosociales, etc.); estudios con conclusiones sólo válidas para las muestras seleccionadas, teniendo en cuenta las siguientes variables: el contexto donde se desarrolla la prostitución (en países desarrollados, en países con medidas legislativas abolicionistas o reglamentadas, en países pobres, en Europa, en España, etc.); la situación de las personas en los estudios actuales deberían mostrar una visión amplia del fenómeno de la prostitución y, a su vez, una visión específica de las necesidades particulares de cada colectivo, con el fin de articular respuestas e intervenciones ajustadas a una realidad con mucha complejidad y muy diversa.

Los estudios más recientes sobre la calidad de vida y salud física de las personas que ejercen la prostitución analizan los aspectos más negativos y estigmatizantes. En cualquier revisión bibliográfica que realicemos en el "Medline" con el término "prostitution" y "health" aparecen más de dos mil citas en su mayoría referidas al VIH-Sida, a las infecciones y enfermedades de transmisión sexual (ITS o ETS) y al consumo de drogas. Si restringimos la búsqueda para estudios publicados en la última década, el número de los artículos sigue siendo elevado superando el millar. Si restringimos la búsqueda en función de la zona geográfica, las citas para Europa son un total de 161 y para España los documentos encontrados, que vamos a tener en cuenta en este estudio, superan la veintena.

Las mujeres que ejercen la prostitución han sido consideradas clásicamente como un grupo de alto riesgo para la transmisión del VIH a la población general. Pero las prevalencias del VIH entre las mujeres que ejercen son más bajas de lo que podría esperarse y se asocian a otros factores de riesgo ya mencionados: el consumo de drogas vía intravenosa, conductas de riesgo y tener parejas seropositivas (Belza, 2000; Day y Ward, 2004; McKeganey y Barnard, 1996; Sanders,

PATOLOGÍA DUAL EN LAS VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

2005; Vanwesenbeeck, 2001; Ward, Day, Green, Cooper y Weber, 2004; Ward, Day y Weber, 1999).

Seib, Debattista, Fischer, Dunne y Najman (2009) realizaron un estudio en Australia sobre las infecciones de transmisión sexual entre las personas que ejercen y sus clientes y sobre las diferencias en la prevalencia en función de los tipos de prostitución. En el estudio fueron analizadas 247 personas que ejercían la prostitución y completaron cuestionarios anónimos con edades entre los 19 y 57 años y 185 clientes de entre los 19 a 72 años. Los resultados fueron los siguientes: hubo poca variación en la prevalencia de las ITS en función de los tipos de prostitución. Sin embargo, los clientes que suelen acceder a los servicios ilegales en la calle registraron un mayor número de ITS que los clientes que acudían a pisos o club legalizados. Esto sugiere que el riesgo de infección no es similar en todos los tipos de prostitución.

Ward y Day (2006) realizaron un estudio longitudinal (entre 1986 y 1993) que exploraba la salud en un grupo de mujeres que ejercían la prostitución en Londres y obtuvieron resultados de los datos de 130 mujeres (37%) de las 354 que intentaron analizar. En dicho estudio evaluaron las siguientes variables: el estado vital, la ocupación más reciente, la duración del trabajo sexual, infecciones de transmisión sexual (ITS) y problemas de salud. Los resultados fueron los siguientes: El 59% se encontraban todavía en la prostitución y llevaban ejerciendo una media de 13.6 años. Hubo seis muertes, una mortalidad de 4.8% por cada 1.000 personas. Las mujeres sobrevivientes tuvieron un riesgo acumulado alto (el 93%) de ITS. Los problemas de salud mental afectaban al 40% y los de la adicción al 64%. Encontrándose diferencias significativas en los resultados de salud entre las mujeres que todavía estaban en la prostitución y las que lo habían dejado. Hubo un alto nivel de movilidad laboral y 31 mujeres (el 37%) habían terminado la formación profesional o estudios superiores, incluidos el nivel de postgrado.

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

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

PATOLOGÍA DUAL EN LAS VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

en la compra de drogas. La mayoría de las mujeres que se inyectaban drogas tienen enfermedades potencialmente mortales, incluyendo trombosis venosa, embolia pulmonar y abscesos. Algunas de las entrevistadas comentaban que dormían en pisos o aparcamientos donde se consumía crack. La mayoría reconoce que no comen, no beben o no duermen con regularidad, lo que contribuye a la pérdida de peso y problemas de salud física y mental. Además de estos problemas tienen otros asociados como: el alojamiento inestable, la separación de los hijos o de la familia, problemas para adquirir y tomar medicinas, etc.

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

Diversos autores realizan estudios específicos sobre el colectivo de personas que ejercen en la calle donde las variables más estudiadas son los problemas de salud. Este colectivo es el que presenta una peor calidad de vida en todos los ámbitos, pero en especial a nivel de salud física (Baker, Case y Policicchio, 2003; Baker, Wilson, y Winebarger, 2004; Barnard, 1992; Meneses, 2003; Pinedo y Martín, 2006; Ribeiro y Sacramento, 2005; Sanders, 2004, 2005 y Vanwesenbeeck, 2001).

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

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

PATOLOGÍA DUAL EN LAS VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

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

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

El consumo de drogas durante el ejercicio de la prostitución también es analizado por Brewis y Linstead (2000, p.86). Para estos autores las drogas pueden ser usadas por múltiples motivos en el mundo de la prostitución: algunas veces para mantener a las trabajadoras despiertas durante largos días y largas noches, algunas ocasiones para relajarlas y aliviar la sensación de lo poco placentero que es el trabajo. Otras veces porque ayuda a jugar el papel requerido en el trabajo, para llegar a ser el producto que los clientes demandan.

Para muchas personas el consumo durante el ejercicio es considerado como una estrategia para incrementar su confianza, su control, su fortaleza psicológica, etc. (Meneses, 2007; Pinedo,

PATOLOGÍA DUAL EN LAS VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

2008). Sin embargo, puede conllevar el efecto contrario: pérdida del control, menor percepción de riesgo, etc., factores que las colocan en una situación de mayor vulnerabilidad hacia riesgos de carácter sexual y episodios de violencia (Vanwesenbeeck, 2001).

Pardo y Agudo (2008) realizan un estudio más específico sobre las necesidades de salud que presentan las mujeres inmigrantes subsaharianas que ejercen la prostitución en Madrid. Se aplicaron cuestionarios a 85 mujeres. La edad media era de 23.38 años. Los principales países de procedencia eran Nigeria y Sierra Leona y la mayoría no tenía papeles. La percepción de su estado de salud fue positiva en el 76.47% de los casos. Los principales problemas de salud informados por las mujeres eran los respiratorios (24.71%), los gastrointestinales (15.29%) y los ginecológicos (12.94%). En cuanto a la asistencia médica, sólo el 21.18% había acudido a algún centro médico. De entre las que no habían acudido a ningún centro médico, el 51.56% no se habían sentido enfermas, el 20.31% acudieron a farmacias y el 18.75% no se atrevieron a hacerlo por no tener papeles. El 93.98% no tiene tarjeta sanitaria, todas ellas por desconocimiento del sistema sanitario español. Tan sólo el 12.94% había acudido a algún centro para revisión ginecológica. La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos distintos del preservativo es muy baja; los orales son poco conocidos por las mujeres, incluso emplean algunos medicamentos como los antibióticos pensando que tienen efecto anticonceptivo. Estos datos nos indican la necesidad de programas para mejorar la información y conocimientos sobre salud y utilización de servicios sanitarios, más en concreto sobre salud sexual y reproductiva.

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

A la pregunta abierta de qué métodos conoces para interrumpir un embarazo, las respuesta más frecuentes fueron (por orden de frecuencia): el aborto, el legrado, el cytotec (medicamento para la acidez de estómago), las pastillas, el médico, la inyección, el preservativo, la ruda, la píldora del día después, la pipa de agua, diez aspirinas y una ducha, la T (o DIU), el perezil, pastillas vaginales y la píldora abortiva.

Por último se les preguntó su actitud si se quedasen embarazadas con las relaciones comerciales: un 8.3% contestó que continuaría con el embarazo, un 49.5% lo interrumpiría, y un 42.2% no sabía. Los resultados por origen tienen significación estadística: las mujeres latinoamericanas son las que menos abortarían.

La existencia de las IVES estaba directamente relacionada con las variables: número de embarazos y años de la práctica de la prostitución e inversamente relacionada con número de

PATOLOGÍA DUAL EN LAS VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

hijos, la edad de la mujer y el conocimiento correcto de anticonceptivos. Las mujeres casadas tenían más probabilidades de haber sido sometidos a un IVE.

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

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

A la luz de estos resultados es evidente que resulta prioritario aplicar una serie de medidas para la mejora de la calidad de vida y salud reproductiva de las mujeres que ejercen la prostitución (Fernández, 2004). Sería necesario analizar cada caso y las causas para una intervención preventiva y formativa individualizada. Esta intervención contemplaría el análisis y estudio de cada caso, análisis de los factores que inciden en la salud de cada mujer (nivel de adherencia al tratamiento, abandono del seguimiento o controles, las circunstancias psicosociales de las mujeres, etc.).

Existen estudios que buscan factores que predisponen al ejercicio. Por ejemplo, Ishoy, Ishoy y Olsen (2005) realizan un estudio en Dinamarca con mujeres que ejercen la prostitución de calle (que sólo representa el 10% con respecto a todas las personas que ejercen en Dinamarca), la mayoría tiene problemas con las drogas. Sus síntomas psíquicos fueron evaluados y comparados con un grupo de control. La muestra de mujeres que ejercen son 27 y se les aplicó un cuestionario sobre sus antecedentes sociales, el perfil de abuso de sustancias, la historia de abuso sexual y la prostitución, así como, su estado de salud actual y se les aplicó el inventario de síntomas SCL-90. Los resultados son los siguientes: el consumo temprano de la heroína y la cocaína es un predictor para la entrada en la prostitución. El cuestionario SCL-90 obtiene puntuaciones más altas en las dimensiones somatización y depresión para las mujeres que abusan de las drogas en comparación con el grupo de control. La violación y la violencia doméstica eran más frecuentes entre las mujeres que consumen drogas, así como, el haber sufrido abuso sexual en la infancia y maltrato. Ulibarri, Semple Rao, Strathdee, Fraga-Vallejo, Bucardo, De la Torre, Salázar-Reyna, Orozovich, Staines-Orozco, Amaro, Magis-Rodríguez, Patterson (2009) analizan las historias de abuso emocional, físico y sexual en el pasado y su influencia en los trastornos psicológicos actuales. La muestra está compuesta por 916 mujeres que ejercen la prostitución en Tijuana y Ciudad Juárez (México). Los resultados, evidentemente, son contundentes: todas las formas de abuso en el pasado predicen mayores niveles de síntomas depresivos, el abuso físico y sexual correlaciona significativamente con mayores niveles de síntomas somáticos. El apoyo social también se asoció significativamente con menos síntomas

PATOLOGÍA DUAL EN LAS VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

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

Sin embargo, Campbell, Ahren, Sefl y Clark (2003) realizan un estudio muy novedoso en relación a la violencia física y sexual. En este caso, los autores no estudian los abusos en la infancia, sino la violación en la edad adulta y su relación con la entrada en la prostitución; para ello, eligen una muestra amplia de mujeres que han sufrido la violación (independientemente de la actividad a la que se dedican). Realizaron 102 entrevistas a mujeres víctimas de violación en una gran área metropolitana, sólo el 23.5% había ejercido la prostitución después de la violación. Estas mujeres, frente a las que no ejercían, tenían además otros problemas, estar en paro, tener hijos a su cargo y educación secundaria o menos; en cuanto a su salud psicológica, tuvieron niveles significativamente más altos de ansiedad, problemas de salud y consumo de sustancias. Se les preguntó sobre la relación entre la violación y la prostitución, el 75% indicaron que sí había una relación directa, la razón más citada es que estaban tratando de recuperar un cierto control sobre sus vidas y sus cuerpos y el intercambio de sexo por dinero es visto como una forma de control sobre los hombres.

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

PATOLOGÍA DUAL EN LAS VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

depresión y la dependencia de drogas también fueron altamente prevalentes; la dependencia de cocaína, en particular, se asoció con tasas elevadas de comportamientos sexuales de riesgo.

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

Romans, Potter, Martin y Herbison (2001) comparan la Salud mental y física, las agresiones y las redes sociales de las mujeres que ejercen en Nueva Zelanda con una muestra de control (población normal). La muestra estuvo compuesta por 29 mujeres que ejercían en diferentes modalidades. Se les aplicó el Cuestionario de Salud General (GHQ-28) y otros sobre abusos sexuales y autoestima. Los resultados son los siguientes: no hubo diferencias en la salud mental en el GHQ-28 o en la autoestima entre los dos grupos. No hubo diferencias en la evaluación de su salud física o la calidad de sus redes sociales. Sin embargo, las mujeres que ejercen se casan en menor medida y están más expuestas a abusos físicos y sexuales, también es el grupo que fuma más o bebe en exceso.

En el GHQ-28 la puntuación media para el grupo de mujeres que ejerce fue de 5.3%, cuya diferencia no es estadísticamente significativa con el grupo de control (3.5%). Las conclusiones para estos autores son las siguientes: no se encontraron pruebas de que la prostitución (per se) esté ligada a un aumento de la morbilidad psiquiátrica, aunque puede haber grupos de mujeres con problemas específicos, al igual que en la población normal; la mayoría de las mujeres que ejercen (90%) se sienten bien, al igual que el grupo de control; el 90% de las mujeres que ejercen reconocían que su autoestima había aumentado en los últimos 5 años. En general, los datos no proporcionan ninguna prueba convincente de que las mujeres que ejercen la prostitución tengan más problemas de salud física o psicológica, baja autoestima o alteración de las relaciones sociales que la población general; a pesar de los problemas personales derivados del ejercicio (más riesgos de sufrir agresiones físicas, abusos sexuales, el estigma, etc.) estas mujeres tienen relaciones adecuadas con sus parejas, amigos y compañeras.

Los estudios publicados en España más recientes sobre aspectos psicológicos y a través de aplicación de pruebas estandarizadas son los siguientes: Rut Pinedo (2005) aplica los cuestionarios de autoestima Rosenberg Self-Esteem (RSE) y de depresión y ansiedad SCL-90-R. La muestra está compuesta por 20 mujeres, 9 de ellas ejercen prostitución en club o piso y 11 en la calle de Valladolid. Los resultados son los siguientes: las puntuaciones en depresión y ansiedad son altas en ambas escalas para ambos grupos. En depresión, para el grupo de mujeres de la calle la media en centiles es de 95.09% y en las mujeres de club o piso es de 93.89%. En ansiedad, para el grupo de mujeres de la calle la media en centiles es de 93.91% y en las mujeres de club o piso es de 76.56%. No se han encontrado diferencias significativas entre las medias de los dos grupos ni en depresión ni en ansiedad. En cuanto a las puntuaciones en autoestima, se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos, de manera que el

PATOLOGÍA DUAL EN LAS VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

grupo de mujeres que ejercen en club o piso tienen mejor puntuación en esta escala que las que ejercen en la calle.

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

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

PATOLOGÍA DUAL EN LAS VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

METODOLOGÍA

Sujetos

En el estudio participaron 83 mujeres que ejercían la prostitución, con edades comprendidas entre los 19 y los 45 años de edad (media de edad de 27.9 años). La mayoría, el 78% eran inmigrantes y un 65% eran víctimas de explotación sexual.

Instrumentos

A todas se les realizó una entrevista clínica y se les aplicaron el test STAI de Ansiedad de Spielberger y la Escala de Autoestima de Rosenberg.

RESULTADOS

El 81% por ciento de la muestra reconocieron adicción a diferentes drogas y abuso del alcohol. Un 77% mostraron una ansiedad rasgo superior a 70%, siendo la media del grupo de 82.3%, lo que indica un porcentaje alto de la medida que refleja este test y una tendencia a tener una ansiedad estado alta ante cualquier circunstancia que pueda provocar su aparición. El 79% había sufrido abusos sexuales en la infancia, un 65% había tenido una iniciación temprana en el mundo de la droga y el alcohol, el 63% mostraba problemas afectivos, un 72% mostraba síntomas depresivos, un 13 % estaba contenta con su actividad y no mostraba problemas de autoestima, aunque el 87% tenía problemas de autoestima y mostraba una actitud negativa hacia si misma por la actividad que realizaba, siendo la principal causa de su adicción, que le ayudaba a afrontar su actividad, mantenerse activa para su trabajo y permitirle abordar el día a día. El alcohol les facilitaba la desinhibición y fumar cannabis les hacía más llevaderas las esperas, les tranquilizaba ante los miedos de estar expuestas sin ninguna protección y les facilitaba la conexión con los clientes desconocidos con los que no sabían lo que iba a pasar. En cuanto al consumo de sustancias, el 76% ya habían consumido esporádicamente o eran usuarias antes de ejercer la prostitución, empezaron a consumir por influencias del ambiente en el que se movían (amigos, pareja, eran consumidores habituales), otras compañeras de oficio les habían aconsejado, los grupos mafiosos que las controlaban les habían obligado a tomarlas como forma de control y para generar dependencia, o sus "madames" les incitaban a ello para incrementar el rendimiento y las ganancias, con los consecuentes desequilibrios en la ingesta de alimentos y horas de sueño y descontrol emocional y vital.

La droga más consumida es la cocaína, en ocasiones mezclada con heroína, metadona (fundamentalmente esnifada o fumada, inyectada apenas es utilizada), la heroína prácticamente no la utilizan, está a la baja, y suele dar prevención y miedo el pinchazo. Se recurre mucho al cannabis y sobre todo al alcohol, que prácticamente está universalizado en toda la muestra analizada.

DISCUSIÓN

Nos encontramos ante un colectivo, con enormes necesidades de atención, físicas y psicológicas, que necesita más investigación desprovista de prejuicios porque ante todo son personas con una

PATOLOGÍA DUAL EN LAS VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

situación de marginalidad que, en un porcentaje mayoritario ejerce estas actividades por presión, manipulación de su realidad por intereses ajenos ilícitos que se enriquecen de su actividad. Estamos ante un fenómeno vergonzante, no por la actividad en sí, sino por lo que refleja, en muchos casos un auténtico mantenimiento de la esclavitud en la época de los derechos humanos.

Es necesario establecer programas educativos que cambien la visión poblacional y terminar con las numerosas posiciones de hipocresía social y política que se mantienen ante esta temática. Ante todo, facilitar políticas de fomento de la salud física y mental, así como, la salud sexual y reproductiva, informando y facilitando medios y conocimiento, teniendo en cuenta que el perfil educativo de la mayoría es más bien bajo -aunque nos encontremos con una parte de la población que ejerce que tiene estudios superiores, lo habitual es una gran ignorancia- lo que facilita la explotación y pone en riesgo su salud y sus vidas en la búsqueda de soluciones a sus problemáticas diarias.

Los estudios mayoritarios son de problemáticas relacionadas con el Sida y en general las infecciones de transmisión sexual, sin embargo, los estudios en salud mental son minoritarios y estimamos que son muy importantes porque la depresión, la ansiedad y las ideaciones suicidas son muy numerosas y tienen implicaciones preocupantes.

CONCLUSIONES

- Existe una nítida relación entre abuso de sustancias y ejercicio de la prostitución.
- Las sustancias más consumidas en la población estudiada son alcohol, cocaína y cannabis.
- Existe un porcentaje muy alto de presencia de abusos sexuales en la infancia, abuso de sustancias y ejercicio de la prostitución.
- El nivel de ansiedad es elevado, los síntomas depresivos y la ideación suicida son muy habituales, estando sometidas a un ambiente de estrés continuo, estrés que les produce miedo e inseguridad, fundamentalmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baker, L.M., Case, P. y Policicchio, D.L. (2003). General health problems of inner-city sex workers: a pilot study. *Journal of the Medical Library Association*, 91(1), 67-71.
2. Barnard, M. (1992). Working in the dark: researching female prostitution. En H. Roberts (Ed.), *Women's health matters*. (141-156). London: Routledge.
3. Belza, M.J., Llacer, A., Mora, R., De la Fuente, L., Castilla, J., Noguera, L. y Canellas, S. (2000). Características sociales y conductas de riesgo para el VIH en un grupo de travestis y transexuales masculinos que ejercen la prostitución en la calle. *Gaceta Sanitaria*, 13(5), 330-337.
4. Brewis, J. y Linstead, S. (2000). The worst thing is the screwing (1): Consumption and the

PATOLOGÍA DUAL EN LAS VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

management of identity in sex work. *Gender, work and organization*, 7(2), 84-97.

5. Brents, B.G. y Hausbeck, K. (2005). Violence and legalized brothel prostitution in Nevada. Examining safety, risk, and prostitution policy. *Journal of Interpersonal Violence*. 20(3), 270-295.
6. Campbell, R., Ahren, C.E., Sefl, T. y Clark, M.L. (2003). The relationship between adult sexual assault: An exploratory analysis. *Violence Victime*, 18 (3), 299-317.
7. Cernuda, A. (2014). Efectos de un programa de rehabilitación psicosocial y educativa mediante actividad física y artística con un grupo de víctimas de explotación sexual En Libro de Actas: 3rd Multidisciplinary International Conference on Education Research. Segovia CIMIE14.
8. Church, S., Henderson, M., Barnard, M. y Hart, G. (2001). Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. London: BMJ, *British Medical Journal*, 322, 524-525.
9. Day, S. y Ward, H. (2004). Sex work, mobility and health in Europe. London: Kegan Paul Limited.
10. Estebanez, P., Rodríguez, M.A., Rodrigo, J. y Ramon, P. (2002). Evaluación y Tendencias de Predictores de Riesgo asociados a VIH/ SIDA y otras ETS asociadas a trabajadoras del sexo en España. Estudio financiado por el FIPSE. Expediente 2065/99.
11. Farley, M. y Barkan, H. (1998). Prostitution, Violence against women, and posttraumatic stress disorder. *Women & Health*, 27(3), 37-49.
12. Fernández, M.J. (2004). Prostitución, inmigración y salud: perfil de las trabajadoras sexuales de Avilés (Asturias). Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Vivienda y Bienestar Social. Oviedo: KRK Ediciones.
13. Ishoy, T., Ishoy, P.L. y Olsen, L.R. (2005). Street prostitution and drug addiction. *Ugeskr Laeger*, 167(39), 3692-6.
14. Jackson, L.A., Bennett, C.G. y Sowinski, B.A. (2007). Stress in the sex trade and beyond: Women working in the sex trade talk about the emotional stressors in their working and home lives. *Critical Public Health*, 17(3), 257-271.
15. Jeal, N., Salisbury, C. y Turner, N. (2008). The multiplicity and interdependency of factors influencing the health of street-based sex workers: a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 84 (5), 381-5.
16. McKeganey, N. y Barnard, M. (1996). Sex Work on the Streets: Prostitutes and Their Clients. Milton Keynes: Open University Press.
17. Meneses, C. (2003). Perfil de la prostitución callejera. Análisis de una muestra de personas atendidas por APRAMP. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
18. Pardo, G. y Agudo, S. (2008). Respuestas sobre salud de mujeres subsharianas que ejercen la prostitución. *Medicina General*, 111,714-717.
19. Pinedo, R. (2005). Calidad de vida y relaciones interpersonales de las mujeres que ejercen prostitución. (Trabajo de suficiencia investigadora no publicado). Universidad de Salamanca.

PATOLOGÍA DUAL EN LAS VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

20. Pinedo, R. y Martín, J.M. (2006). Calidad de vida y necesidades interpersonales de las mujeres que ejercen prostitución: estudio cualitativo. *Sexología Integral*, 3(4), 193-200.
21. Pinedo, R. (2008). Características psicosociales, calidad de vida y necesidades de las personas que ejercen prostitución. Tesis Doctoral inédita presentada en Universidad de Salamanca.
22. Potterat, J.J., Rothenberg, R.B., Muth, S.Q., Darrow, W.W. y Phillips-Plummer, L. (1998). Pathways to prostitution: The chronology of sexual and drug abuse milestones. *The Journal of Sex Research*, 35(4), 333-240.
23. Ribeiro, M. y Sacramento, O. (2005). Violence against prostitutes. Findings of research in the spanish-portuguese frontier region. *European Journal of Women Studies*, 12(1), 61-81.
24. Romans, S.E., Potter, K., Martín, J. y Herbison, P. (2001). The mental and physical health of female sex workers: a comparative study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 75-80.
25. Roxburgh, A., Degenhardt, L. y Copeland, J. (2006). Posttraumatic stress disorder among female street based sex workers in the greater Sydney Area, Australia. *BMC Psychiatry*, 6.24.
26. Sanchez, J., Campos, P., Curtois, B., Gutierrez, L., Carrillo, C., Alarcon, J., Gotuzzo, E., Hughes, J., Watts, D., Hillier, S., Buchanan, K., y Colmes, K. (2003). Prevention of sexually transmitted diseases (STDs) in female sex workers. *American Sexual Transmitted Diseases*, 30(4), 273-279.
27. Sanders, T. (2004). A continuum of risk? The management of health, physical and emotional risks by female sex workers. *Sociology of Health & Illness*, 26(5), 1-18.
28. Sanders, T. (2005). Sex work. A risky business. Devon: Willan Publishing.
29. Seib, C., Debattish, J., Fischer, J, Dume, M., Najman, J.M. (2009). Sexually transmissible infections among sex workers and their clients: variation in prevalence between sectors of the industry. *Sex Health*, 6(1), 45-50.
30. Ulibarri, M.D., Semple, S.J., Rao, S., Strathdee, S.A., Fraga-Vallejo, M.A., Bucardo, J., De la Torre, A., Salazar-Reyna, J., Orozovich, P., Staines-Orozco, H.S., Amaro, H., Magis-Rodríguez, C., Patterson, T.L. (2009). History of abuse and psychological distress symptoms among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities. *Violence Victime*, 24(3):399-413.
31. Vaddiparti, K., Bogetto, J., Callahan, C., Abdallah, A.B., Spitznagel, E.L. y Cottler, L.B. (2006). The effects of childhood trauma on sex trading in substance using women. *Archives of Sexual Behavior*, 35(4) 451-459.
32. Valera, R.J, Sawyer, R.G. y Schiraldi, G.R. (2001). Perceived health needs of inner-city street prostitutes: a preliminary study. *American Journal of Health Behavior*, 25(1), 50-59.
33. Vanwesenbeeck, I. (2001). Another decade of social scientific work on sex work: A review of research 1990-2000. *Annual Review of Sex Research*, 12, 242-289.
34. Vanwesenbeeck, I. (2005). Burnout among female indoor sex workers. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 627-639.
35. Ward, H. Day, S. (2006). What happens to women who sell sex? Report of a unique

PATOLOGÍA DUAL EN LAS VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

occupational cohort. *Sexually Transmitted Infections*, 82(5), 413-417.

36. Ward, H., Day, S. y Weber, J. (1999). Risky business: health and safety in the sex industry over a 9 years period. *Sexually Transmitted Infections*, 75, 340-343.
37. Ward, H., Day, S., Green, A., Cooper, K. y Weber, J. (2004). Declining prevalence of STI in the London sex industry, 1985 to 2002. *Sexually Transmitted Infections*, 80, 374-378.