

**INFORME DEL ESTUDIO “LA REPRESENTACIÓN SOCIAL
DEL USO DEL PRESERVATIVO EN LA POBLACIÓN DE
MUJERES TRABAJADORAS DEL SEXO EN CATALUNYA”**

2012

Redacción del informe:

Catalina Lazar Fundació Àmbit Prevenció

Equipo de trabajo:

Cinta Folch Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT), Institut Català d'Oncologia (ICO), Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPC), Generalitat de Catalunya

Laia Ferrer CEEISCAT-ICO-ASPC

Jordi Casabona CEEISCAT-ICO-ASPC

Cristina Sanclemente Fundació Àmbit Prevenció

Catalina Lazar Fundació Àmbit Prevenció

Agradecimientos:

A las entrevistadoras y a todas las mujeres que participaron en el estudio.

Índice

	Página
1. Marco conceptual	4
1.1 Antecedentes y justificación del estudio	4
1.2 Objetivo	5
1.3 Hipótesis	5
2. Marco metodológico	6
2.1 Marco teórico	6
2.2 Población del estudio	8
2.3 Instrumentos, técnicas de recogida de datos y técnicas de análisis	9
2.4 Procedimientos	11
3. Resultados	13
3.1 Dimensiones de las representaciones sociales	14
3.1.1 Nivel de información	14
3.1.1.1 Ámbito laboral	14
3.1.1.2 Ámbito de la vida privada	16
3.1.2 Campo representacional	25
3.1.2.1 “Lo importante”	25
3.1.2.1.1 Ámbito laboral	25
3.1.2.1.2 Ámbito de la vida privada	32
3.1.2.2 “Las amenazas”	37
3.1.2.2.1 Ámbito laboral	37
3.1.2.2.2 Ámbito de la vida privada	51
3.1.3 Nivel de actitudes	60
3.2 Normas	63
3.2.1 Ámbito laboral	63
3.2.2 Ámbito de la vida privada	65
3.3 Prácticas	65
3.3.1 Ámbito laboral	65
3.3.2 Ámbito de la vida privada	76
4. Conclusiones	82
5. Discusión	85
6. Bibliografía	91
7. Anexos	93

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

En los últimos años en España se ha observado un cambio importante en la composición del colectivo de mujeres trabajadoras del sexo (TS), aumentando significativamente la proporción de mujeres procedentes de otros países, principalmente de países de América Latina, África Subsahariana y Europa del Este (1,2). Los distintos antecedentes culturales, religiosos o los principios sobre la salud y el sexo de estas personas, unido a una situación administrativa no regular y dificultades de acceso a recursos asistenciales y de información, pueden dar lugar a una mayor vulnerabilidad frente al VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en esta población.

En 2005, el CEEISCAT puso en marcha un estudio transversal con el fin de estimar la prevalencia del VIH y otras ITS así como de los indicadores conductuales asociados en la población de mujeres TS en Cataluña (3). Pese al hecho que la prevalencia de VIH es similar a la que se da en la población general (prevalencia del 1,8% en 2005) (4), estos estudios indican que es un colectivo vulnerable a estas infecciones, destacando como prácticas de riesgo el escaso uso del preservativo que presentan con las parejas afectivas: de las 189 mujeres entrevistadas en 2005 con pareja estable, sólo el 12,4% y el 17,4% usaron el preservativo de forma consistente en sus relaciones sexuales vaginales y anales con su pareja estable, respectivamente (5).

Considerando la heterogeneidad étnica del colectivo de TS de Cataluña y el hecho que, muchas de las relaciones de pareja se constituyen con varones procedentes del mismo entorno cultural, en donde el uso del preservativo con la pareja afectiva es una práctica sexual poco habitual o incluso condenada socialmente, podemos pensar que el riesgo de transmisión del VIH u otras ITS derivado de las relaciones sexuales desprotegidas en la relación de pareja es elevado. Estudios llevados a cabo en España (6,7) han confirmado el escaso uso del preservativo con las parejas afectivas. Sus autores apuntan a que el no uso del preservativo en la pareja podría ser una manera que estas mujeres tienen para marcar diferencias entre la vida laboral y la vida afectiva.

Por otro lado, aunque en la mayoría de estudios realizados a nivel nacional e internacional en los que se pregunta sobre el uso del preservativo con los clientes muestran porcentajes muy elevados (2,8,9), existen casos en los que las mujeres pueden acabar no usando el preservativo de forma consistente, como por ejemplo por necesidad de dinero o por falta de habilidades para su negociación (10,11).

Por todo lo anterior, analizar en profundidad cómo varía el uso del preservativo según el tipo de pareja sexual y según país de procedencia de las mujeres TS, así como entender cuáles son las creencias y las actitudes en las que se basa la decisión de utilizarlo o no será importante para poder plantear estrategias futuras de prevención específicas según el grupo de mujeres TS al que va dirigido.

1.2 OBJETIVO

El objetivo principal del estudio es entender cuáles son los determinantes del uso y del no uso del preservativo según el tipo de pareja sexual (cliente o pareja afectiva), destacando posibles diferencias culturales existentes entre los grupos estudiados.

1.3 HIPÓTESIS

Nuestro supuesto es que los determinantes de las prácticas del uso o no uso del preservativo son diferentes según el tipo de pareja sexual, y que consecuentemente, las barreras que dificultan su uso, difieren según el mismo criterio.

2. MARCO METODOLÓGICO

2.1 Marco teórico

Para contrastar nuestra hipótesis, hemos considerado preciso apelar a un marco teórico que explique en general por qué un colectivo actúa de una manera u otra ante determinada situación.

El criterio principal en la elección de este marco ha sido la capacidad de la teoría de dar una explicación de las razones subyacentes a las conductas observables que pretendemos estudiar (uso/no uso del preservativo).

Nuestra elección ha sido la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS) (12,13,14), una teoría psicosocial, que parte de la base que la actuación de un grupo respecto a un fenómeno – en este caso, el uso del preservativo-, viene motivada por la **representación** que tiene el grupo acerca del mismo, y no por el fenómeno en sí, insistiendo en que la representación es una imagen subjetiva y compartida por el grupo, que se diferencia de la “realidad” del mismo. Dicho de otra forma, las motivaciones de las TS para utilizar o no el preservativo, se nutren de la imagen subjetiva que este colectivo construye acerca del uso del preservativo, y no de las características intrínsecas del mismo.

Partiendo de que la representación del objeto no es el objeto en sí, la teoría se centra en explicar cómo se forma esta imagen colectiva, y cuál es la dinámica interna de los elementos que la componen.

Según explica la TRS, la imagen mental se forma en la interacción de opiniones individuales que se despiertan ante el propio objeto; dicho de otra forma, al tomar contacto con el objeto/fenómeno, los miembros del grupo realizarán interpretaciones personales, formándose una opinión acerca de lo que es. A la vez, estas opiniones influyen y están influidas por las opiniones de los demás miembros, lo que hace que surjan ideas, valoraciones y posturas comunes, que perfilan esa imagen mental colectiva. Por ejemplo, la representación social del “sida” que comparte el colectivo de adolescentes de un país en concreto, es una imagen mental que surge en la interacción de opiniones individuales acerca de esta enfermedad; estas opiniones se elaboran a partir del primer momento en el que los integrantes del grupo oyen la palabra SIDA, y siguen madurando a medida que van englobando nueva información (ej: hacen cursos enfocados a este tema, ven casos de personas que padecen la enfermedad, se enfrentan al temor de contraer la infección, etc). Los miembros del grupo intercambian esta información, y la opinión de cada uno de ellos influye y se ve influida por la opinión de los otros;

finalmente, este proceso en sí es una especie de “negociación”, en la que, aquello que es consensuado mayoritariamente se afianza como característico y definitorio para el sida.

Cualquier representación social (RS) presenta una estructura interna que organiza los distintos elementos que integran esa representación. Esta estructura se puede desglosar en tres niveles principales:

1. **la dimensión informacional** en la que se sintetizaría la información que el grupo considera como *descriptiva*, para el objeto o el fenómeno. Esta información se organiza de forma centrípeta, pudiendo distinguir entre aquello “emblemático” acerca del objeto/fenómeno (el núcleo cognitivo” en torno al que se organiza la representación) y lo periférico (la información con niveles de menor importancia) (14). Un estudio sobre la RS del sida entre los estudiantes de Ciudad de México (15) encontró, por ejemplo, que lo emblemático acerca del sida era la asociación del mismo con los conceptos de “Enfermedad”, “Sexo” y “Muerte”, mientras que “lo periférico” se constituía en la asociación con conceptos como “Juventud”, “Discriminación”, “Soledad”, “Adolescencia”, “Preocupación”, “Baja autoestima”, etc.

2. **el campo representacional** contiene los elementos que justifican *por qué* el grupo llegó a considerar que esa información es descriptiva/emblemática para el fenómeno objeto. Esta dimensión se forma en la interacción de múltiples elementos (cognitivos, actitudinales, valores, etc.), siendo esta interacción – y no los elementos que la componen por separado – la que tiene poder explicativo. En el ejemplo citado anteriormente, el campo representacional recoge todos aquellos “argumentos” que sostienen las asociaciones arriba mencionadas. Así pues, encontramos creencias que hacen referencia al inicio así como al origen del sida, a las consecuencias de una posible infección, a las fuentes de información a los que han sido expuestos, etc.

3. **el nivel de actitudes** – es la dimensión que refleja básicamente qué es lo que siente el grupo a partir de lo que cree acerca del objeto/fenómeno. En el ejemplo, la actitud del grupo, alude a la posibilidad que éste percibe de defenderse ante la enfermedad; una actitud ambivalente en la que se oscila entre la confianza que está en las manos de uno mismo para defenderse de la enfermedad, y el miedo a contraerla, ya que la evidencia de la infección no es posible.

Una vez elaborada la RS, con los tres elementos arriba mencionados, el grupo genera las **normas**, que dictaminan *como se tiene y como NO se tiene que actuar*.

Finalmente, en base a estas normas, se realizan **las prácticas**, las conductas observables respecto al objeto/fenómeno en causa.

Destacar también que una RS es una construcción abierta y dinámica; los diferentes niveles interactúan entre sí, influenciándose mutuamente. En nuestro caso, las prácticas anteriormente citadas afianzan aquello que se piensa y siente respecto al sida (la RS en sí), y a la vez, son una permanente fuente de información nueva, que el grupo decide incluir o no, en la “imagen mental”. En referencia al ejemplo anteriormente citado, se espera que las prácticas de uso del preservativo, refuercen la creencia que tiene la persona de que el preservativo puede prevenir de contraer el virus; no obstante, en el hipotético caso que el uso del preservativo se mostrara ineficaz (si varias personas lo utilizan y aún así acabasen contrayendo el virus en una relación sexual), el grupo llegaría a poner en duda la capacidad que tiene la persona de protegerse en una relación sexual.

2.2 Población del estudio

En el estudio participaron un total de 124 mujeres que ejercen el trabajo sexual en Catalunya, con una franja de edad situada entre los 18 y los 60 años. En la primera fase del estudio (recogida de datos cualitativos) participaron 26 TS y en la segunda fase del estudio participaron 98 (recogida de datos cuantitativos).

En la primera fase, la muestra fue no aleatoria, de conveniencia y estratificada por país de origen. En concordancia con la técnica de recogida de datos utilizada, las participantes se dividieron en 4 grupos según la categoría poblacional: África Subsahariana (5), América Latina (9), España (6) y Europa del Este (6). Se intentó diversificar la muestra según el contexto de trabajo (club, calle, piso).

En la segunda fase la muestra fue no aleatoria, de conveniencia y estratificada por país de origen. Participaron 98 TS que ejercían el trabajo sexual en Barcelona, Girona y Sabadell. De las 98 participantes 25 eran de África Subsahariana, 30 de América Latina, 19 de España y 24 de Europa del Este (9 de ellas ejercían el trabajo en club, 68 en la calle y 21 en pisos).

2.3 Instrumentos, técnicas de recogida de datos y técnicas de análisis

Se ha optado por una combinación de metodologías cualitativas y cuantitativas; la primera fase del estudio responde a una fase exploratoria donde la recogida de datos se ha realizado mediante **grupos focales** (cualitativa) y la segunda fase pretendía ver en qué medida se pueden generalizar mediante la aplicación de un **cuestionario** (cuantitativo) a una muestra más amplia.

Grupos focales

El guión de los grupos focales se desarrolló a partir de resultados hallados por estudios que exploran los factores asociados al uso del preservativo en la población de mujeres TS (16,17). Posteriormente se realizó una sesión piloto con el fin de adaptar el guión a nuestra población 8 (*Ver anexo*).

Cada grupo focal se dividía en dos sesiones dedicadas a explorar diferentes aspectos relacionados con el uso del preservativo, la primera con las parejas comerciales y la segunda con las parejas afectivas. Los temas tratados estaban relacionados con la salud (VIH, ITS,..), el preservativo, los actores (cliente, pareja afectiva, trabajadora sexual), los contextos y la percepción de riesgo (*Ver anexo*)

Posteriormente se realizaron entrevistas individuales (11 de las 24 participantes), con el fin de disminuir el posible efecto de grupo que el contexto de entrevista colectiva (grupo focal) podía haber tenido sobre el discurso individual desplegado durante las dos sesiones. Así, a las participantes se les retornaba un resumen de su discurso y se les preguntaban si querían reformular, completar o profundizar algún aspecto del mismo.

El contenido de las sesiones se transcribió y posteriormente se realizó un análisis de contenido enfocado a cada una de las tres dimensiones de la representación social (nivel de información, campo representacional y nivel de actitudes).

Cuestionario

En la segunda fase, la recogida de datos se llevó a cabo mediante cuestionario concebido para la autoadministración en soporte informático. El objetivo del cuestionario era contrastar en una

población más grande aquellos resultados del análisis de contenido que resultaban claves en el proceso de identificación de la RS.

El cuestionario se elaboró a partir de los resultados del análisis de contenido llevado a cabo en la fase anterior; comprendía 41 ítems cuyo contenido fue consensuado por los miembros del equipo, comparando en la medida de lo posible el ámbito laboral y el de la vida privada. Los principales bloques temáticos fueron: percepción de riesgo, escala de valores (salud, dinero, amor, confianza, satisfacción sexual), actitudes y normas percibidas respecto al uso del preservativo, y prácticas de uso/no uso del preservativo (*Ver anexo*).

Para la autoadministración se diseñó una aplicación informática que presentaba los ítems acompañados de dibujos que aludían al contenido de las preguntas y registraba de forma automática las respuestas. Previo a su aplicación el cuestionario fue pre-testeado en un grupo de 15 personas.

Los ítems proponían respuestas múltiples, 36 pretendían establecer el nivel de acuerdo ante una serie de afirmaciones, 2 tenían el objetivo de establecer jerarquías, 2 más pedían respuestas cuantitativas y 1 era de tipo dicotómico. En las que se quería ver el nivel de acuerdo se utilizó una escala de Likert de 1 a 5 (1: No, sin duda, 2: Más bien no, 3: Ni si ni no 4: Más bien sí y 5: Sí, sin duda).

Técnicas de análisis

Los datos cuantitativos se analizaron con el programa estadístico SPSS. Se realizó un análisis descriptivo, comparación de proporciones mediante χ^2 de Pearson y el test exacto de Fisher, y de medias mediante el test t de Student, comprobando previamente la homogeneidad de varianzas mediante el test de Levene.

Los datos cualitativos se analizaron mediante un análisis de contenido enfocado a cada una de las dimensiones de la representación social del preservativo y llevado a cabo a tres niveles: a nivel general en el que se analizaba el conjunto del discurso, a nivel individual en el que se analizaban los discursos individuales y a nivel de categorías poblacionales en el que se comparaban los discursos de los subgrupos entre ellos. El análisis de contenido se realizó siguiendo los pasos de la metodología de la TRS.

Para la interpretación de los resultados se han analizado conjuntamente los datos cuantitativos y cualitativos.

2.4 Procedimientos

Grupos focales

Se organizaron cuatro grupos focales con TS procedentes de África, Latinoamérica, Europa del este y España) y con cada uno de ellos se realizaron dos sesiones de una duración aproximada de dos horas cada una. La participación en cada sesión fue remunerada con 50 euros. La compensación económica estaba condicionada a la participación a ambas sesiones. Previo a la sesión, se obtuvo el consentimiento informado de las participantes.

Para el reclutamiento de las participantes se realizó una difusión del estudio distribuyendo folletos informativos en las zonas de calle de Barcelona donde la Fundación Àmbit Prevenció lleva a cabo programas de “*outreach*” y en varios pisos de prostitución de Barcelona, con los que la asociación tenía contacto previo. Para la selección de las mismas se pasaba un formulario como cribaje cuya finalidad era asegurar que en cada uno de los subgrupos estuviesen representados los diferentes contextos de trabajo (calle, club, piso).

Durante el desarrollo de las sesiones se utilizaron diversos materiales de soporte: un audio de presentación, diferentes tipos de preservativos y varios dibujos que facilitaban la proyección. Cada uno de los dibujos aludía a uno de los factores asociados al riesgo de transmisión del VIH revelado por el meta-análisis. La elección de los dibujos se había consensuado por los miembros del equipo de investigación. En la primera sesión, a las participantes se les pidió que pensasen en relaciones sexuales protegidas, posteriormente desprotegidas con clientes y escogiesen un dibujo que les sugiriese esta situación. En la segunda sesión se empleó la misma consigna, en relación a las parejas afectivas. En ambas sesiones, cada una de las participantes explicó su elección, explicaciones que constituyeron la introducción a los bloques temáticos contenidos por el guión.

Los grupos fueron moderados por dos miembros del equipo. Uno de ellos actuaba como moderador principal mientras el otro registraba los comportamientos paraverbales. Los idiomas en los que fueron moderados los grupos fueron el español y de forma puntual rumano e inglés.

De conformidad con el marco teórico elegido, el estilo de moderación fue lo menos directivo posible, utilizando principalmente preguntas abiertas. El tiempo dedicado a cada uno de los temas fue directamente proporcional a la importancia otorgada al respectivo tema por las participantes. Las conversaciones se registraron y luego fueron transcritas de forma integral. Posteriormente se realizó el análisis de contenido.

Questionario

Para la segunda fase, el único criterio de selección de las participantes fue que esta tuviese o hubiese tenido al menos una pareja afectiva a la largo de su vida, con el fin de poder responder a las preguntas enfocadas a este tema. El cuestionario era autoadministrado, previo entrenamiento en el funcionamiento de la aplicación informática y ante la presencia de la investigadora.

Las participantes a las cuales se les aplicó el cuestionario fueron reclutadas en las sedes de las organizaciones Àmbit Prevenció (Barcelona), Actúa Valles (Sabadell), en un club de alterne de la comarca de Girona, en cinco pisos donde se ejercía el trabajo sexual en la ciudad de Barcelona, y en zonas de calle donde se ejerce el trabajo sexual en la provincia de Barcelona (el barrio del Raval, l' Hospitalet de Llobregat y las carreteras de Castelldefels y Gavà).

3. RESULTADOS

Los resultados del estudio se han organizado y analizado según la TRS, teniendo en cuenta las **dimensiones** que configuran la representación social del uso del preservativo (informaciones, campo representacional y actitudes), las **normas** que rigen las conductas y las **prácticas** que se realizan.

Antes de presentar el contenido de la RS del preservativo nos parece útil aclarar los significados que las participantes otorgan a las palabras “cliente” y “pareja afectiva”. A través de “pareja comercial” o “cliente” se entiende un hombre que obtiene servicios sexuales a cambio de dinero; pese al hecho de que hay también clientes mujeres, el concepto se asigna al cliente varón, debido a la situación excepcional de las clientas mujeres.

Para la mayoría de las participantes el sintagma “pareja afectiva” remite a las “tipologías clásicas” de parejas: “novio” o “marido”. Destaca el hecho que muchas de las parejas afectivas de las participantes han sido anteriormente sus clientes; en algunos de los casos, la relación comercial se ha convertido en relación estable de pareja, en la que los dos han contraído matrimonio (caso frecuente entre las TS españolas y en algunas de las TS de América Latina); en algunos otros, la relación estable carece de un proyecto común de futuro (caso frecuente entre las TS de Rumania).

Más de la mitad de las participantes (57,1%) han declarado haber tenido al menos una pareja que anteriormente había sido un antiguo cliente suyo (36,7% han declarado haber tenido sólo una, 14,3% han tenido dos, 4,1% han tenido tres y 2% han tenido más de tres). Remarcar que las TS africanas son las que menos relaciones de pareja han tenido con antiguos clientes.

Media de clientes que se han convertido luego en sus parejas ($p < 0,05$)

Total	Africanas	Latinas	Este Europa	España
0,9	0,4	0,7	1,4	1,0

Otros perfiles que destacan son el del “cliente de toda la vida”: un cliente estable con el que se tiene una relación comercial larga y con el que hay un vínculo de amistad (perfil referido en general por las TS españolas) y el del “chulo–pareja”: proxeneta que logra explotar a la TS fingiendo un vínculo afectivo con ella (perfil referido en general por las TS de Europa del Este).

3.1 Dimensiones de la Representación Social del Preservativo (RSP)

A continuación presentaremos cada una de las dimensiones de la RSP- dimensión informativa, dimensión del campo representacional y dimensión de actitudes, tal como se han conformado a raíz de los resultados de nuestro análisis.

3.1.1 Nivel de información

Esta dimensión engloba la información que las participantes consideran como descriptiva y relevante, en relación al uso del preservativo.

3.1.1.1 Ámbito laboral

Asociación entre el uso del preservativo y la enfermedad

Refiriéndose **al ámbito laboral**, las participantes apuntan como “emblemático”, la asociación entre el uso del preservativo y la enfermedad: **el uso del preservativo significa ausencia de enfermedad y el no uso del preservativo significa enfermarse.**

La información referida por el grupo apunta en su conjunto al papel de **barrera protectora que desempeña el preservativo frente a las ITS.**

Las participantes aluden también al papel protector frente a los embarazos, no obstante, lo identifican como secundario, debido a que, en la práctica, cuando se utiliza el preservativo para la prevención de ITS, la prevención del embarazo ya está implícita.

Moderadora: ¿Para qué se utiliza el preservativo en el trabajo?

P: Para prevenir enfermedades.

M: Prevenir enfermedades... ¿Otras cosas?

P: Para prevenir el embarazo.

La funcionalidad protectora aparece ligada a una serie de **características del preservativo**: diferentes colores, diferentes tamaños, diferentes sabores, diferente cantidad de lubricante, diferentes texturas etc.

Para algunas participantes, la cantidad de lubricante del preservativo es clave para su papel preventivo frente a las ITS. Para este subgrupo está bien que el preservativo “*lleve mucho aceite*” ya que, según ellas, así se disminuye la posibilidad de romperse. Otro subgrupo no considera que exista una relación entre la cantidad de lubricante y las roturas del preservativo. Además, estas TS consideran que una lubricación fuerte es una desventaja ya que por un lado puede provocar alergias en la boca y por el otro lado favorece la diseminación de un olor vaginal desagradable.

A: (...) mucho aceite, mucho; yo he puesto el preservativo y hay que mamársela... (mueca de esagrado)...el sabor ese.

B:... allí tiene un olor...que da asco (risas, susurros),...tienes que ponerle perfume al preservativo.

Porque...beacs. Así clarito te digo: tiene un olor a chocho que te da asco. Y cuando vas así hay que decir al cliente..."mira, te hago con la manita, porque... ¡Porque no! Tiene mucho aceite."

A: ...el olor ese es horrible, te da ganas de vomitar.

B: ...sí, sí; y el sabor que le queda a una en la boca...

En cuanto al tamaño del preservativo, hay acuerdo unánime en cuanto a la idoneidad de que sus características físicas le permitan adaptarse a varios tamaños del pene. La textura del preservativo es otro tema que suscita un debate: para algunas es mejor que los preservativos sean finos, ya que esto disminuye la probabilidad de que se rompan, mientras que para otro subgrupo, justo el hecho que el preservativo sea fino hace que éste se rompa.

M: El año pasado yo no trabajaba pero me decía mi amiga que tenía unos finitos, pero eran muy malos que se rompían siempre. Y ahora son unos rojos que dicen que son más buenos.

V: Bueno, el mejor condón es éste,(lo enseña), son más duros, no se rompen. El X es muy fino, como lo pones, como ya se ha roto.

P: Me provoca alergia.

L: A mí me va bien con estos.

Las TS que consideran que los mejores preservativos son los más gruesos aconsejan también el uso de la crema lubricante.

"Que es un poco más duro. Además te sientes un poco dentro bueno, pero yo como estoy utilizando siempre la crema..."

El color del preservativo es otro aspecto importante para algunas participantes, ya que el color rojo es considerado el más idóneo para los contactos sexuales mantenidos durante la menstruación (para disminuir la probabilidad de que el cliente se dé cuenta que la mujer tiene la menstruación), y el de color "banana" es idóneo en los contactos sexuales fuera de este periodo.

Algunas de las participantes consideran que la funcionalidad del preservativo depende también de la manera en la que se maneje, en concreto, de la manera en la que se coloca sobre el pene. Las participantes consideran que a la hora de colocar el preservativo sobre el pene, es un error colocarlo hasta el final y que se ha de "dejar un poco libre por aire".

"No hay que apretarlo hasta el final, hay que dejarlo un poco libre por aire"

En relación también a sus "reglas" de manejo, remarcamos que una de las participantes refirió escaso nivel de conocimiento en cuanto a la modalidad de utilizar el preservativo en la práctica del anilingus. Una TS española la aconsejó colocar el preservativo en la lengua y quitarle previamente el lubricante.

C: *El mismo condón mujer! te lo pones en la lengua.*
I: *Lo limpias, le quitas allí la grasita esa que tiene (el condón).*
C: *...y no se dan cuenta.*

Mientras que con respecto al preservativo masculino las participantes muestran un nivel elevado de conocimiento de sus características, en relación al preservativo femenino las opiniones son escasas ya que muy pocas lo han probado y muy pocas tienen la “curiosidad de probarlo”.

A: *Yo, no-no, es que hay preservativos femeninos?*
L: *Es que yo nunca lo he visto.*
F: *Yo no lo conocía hasta verlo aquí...*
L: *Hasta ahora, hasta verlo aquí.*
F: *Yo tampoco.*
C: *No, yo lo he visto. Pero no me lo he puesto nunca.*
F: *Yo tampoco.*

Entre las que lo han probado hay un debate en torno a la facilidad de manejo; algunas de ellas consideran que es muy incómodo y difícil de colocar, mientras que otras consideran lo contrario, admitiendo no obstante que esta dificultad se da al principio, por falta de experiencia.

“Ayer yo vine aquí y cogí uno porque nunca lo había utilizado; y lo probaré con mi pareja. (...). Yo no se tampoco como ponerlo...”

Es importante destacar también el hecho que las participantes extranjeras refieren que muchos de los conocimientos respecto al preservativo se adquieren aquí, independiente de si la TS ha debutado en el trabajo sexual aquí o en el país de origen.

“... cuando vienen de Rumania no conocen mucho...Aquí lo conoces y como lo conoces desde el principio ya empiezas a utilizarlo. Pero en Rumania yo he encontrado chicas que trabajaban, yo en Rumania no he trabajado, pero que allí no saben. Allí trabajan y trabajan (sexual) pero sin preservativo.... Lo conocen aquí.”

3.1.1.2 Ámbito de la vida privada

Si en referencia al ámbito laboral lo “emblemático” del uso del preservativo era su papel de barrera contra las ITS, en el ámbito de la vida privada el núcleo organizador de la RS se centra en **la asociación entre el uso del preservativo y pérdidas afectivo-sexuales significativas en la relación de pareja.**

La asociación entre el preservativo y el sentimiento de amor

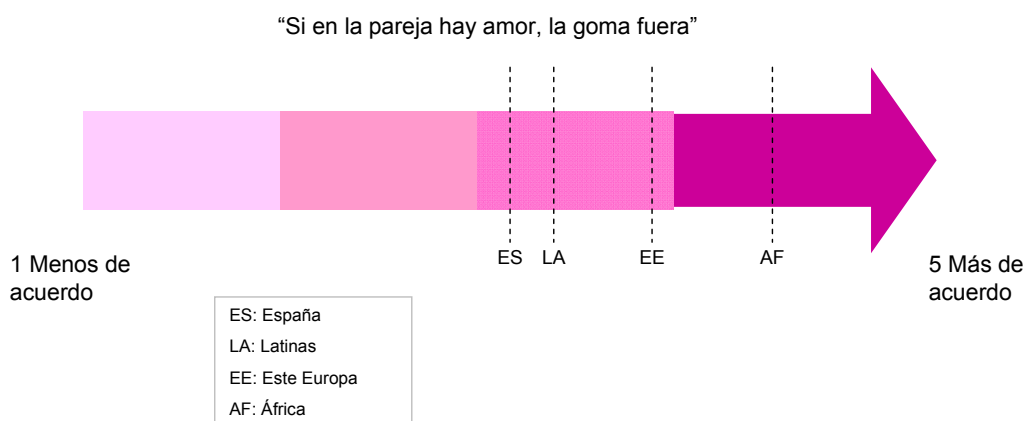
El preservativo es **incompatible con el propio concepto de amor**, siendo su uso considerado como un “castigo” en una relación en la que existe amor.

A: ... con la pareja no puedes utilizar el condón porque no sientes el amor.

B: ... no se utiliza el preservativo porque estas enamorada.

C: ...este mes lo he usado; yo lo considero un castigo usarlo. Lo hemos usado porque me he quitado todos los métodos anticonceptivos (...) Una vez que vaya al ginecólogo me dará otra cosa para tomar y no lo utilizaré más, porque es mi pareja y lo quiero mucho.

Esta opinión es compartida por más de la mitad de las participantes (67%), siendo el colectivo de mujeres africanas las que más nivel de acuerdo presentan, a diferencia de las TS españolas, que son las que menos de acuerdo están.



Parece ser que el uso del preservativo es una barrera para la comunicación afectiva en la pareja; las participantes hablan de los riesgos que se corren al utilizar el preservativo, haciendo hincapié en el hecho que éste las impide sentirse enamoradas, "sentirse mujer".

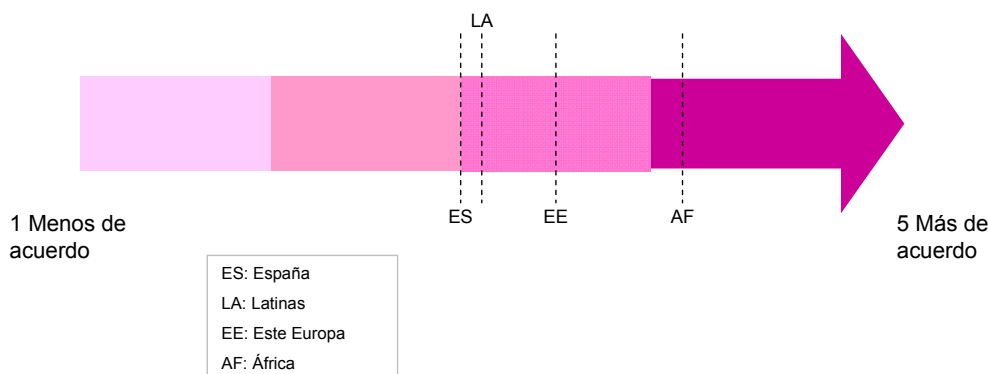
V: ... con la pareja no puedes utilizar el condón, pienso yo, porque no sientes el amor.

L: Cuando no se utiliza el preservativo eres una mujer enamorada y sientes el placer normal como mujer, te hace mujer.

V: (hablando del caso hipotético en el que utilizará el preservativo con la pareja afectiva) No, no me sentiría (...) (mueca de desagrado). Ahora como me he acostumbrado, 3 años y pico con él imagínate, no voy a sentir nada, no me voy a sentir mujer.

Las mujeres consideran que los hombres comparten esta simbología que equipara el uso del preservativo a la falta de amor. Según la mayoría de las participantes, esto hace que la mujer que propone el uso del preservativo, corra el riesgo de que el hombre piense que ella ya no le quiere. El 55,7% de las participantes están de acuerdo en que la propuesta de utilizar el preservativo por parte de uno de los miembros de la pareja podría hacer sospechar al otro que su pareja ya no le quiere "tanto". No obstante, remarcamos diferencias significativas respecto a esta creencia según el país de origen: las TS africanas son las que más comparten esta creencia, diferenciándose de forma significativa de las TS españolas, que son las que menos acuerdo presentan.

“En una pareja que lleva tiempo si alguno de ellos quiere utilizar el preservativo es porque ya no quiere tanto al otro”



En la línea de la incompatibilidad entre el preservativo y el amor, las participantes hablan también de la incompatibilidad del preservativo con la atracción física fuerte. Parece ser que ante el “flechazo”, no usar el preservativo en el contacto sexual es la primera opción.

“... pero si te gusta mucho, te gusta de verdad, el primer día que llegas, lo haces sin miedo ni nada y ya está”

Apoyando este punto de vista, una de las participantes manifestó que para ella el uso del preservativo en la relación matrimonial es más factible ahora, después de 30 años de matrimonio, que antes, ya que la atracción física entre ella y su marido ha disminuido hasta tal punto que el uso del preservativo ya no supone una desventaja.

“Cuando llevas tantos años como yo con mi marido, que se lo ponga o no, siento lo mismo ya; no me quita ninguna sensibilidad porque no es lo mismo. Cuando estas con una persona que llevas 30 años – porque yo llevo con mi marido ya 30 años- y le he puesto el preservativo y la (...) es lo mismo”

Otro elemento en el que se fundamenta la discrepancia entre el amor y el preservativo es la incompatibilidad que hay entre éste y la idea de solidez, de permanencia de la relación. En el hipotético caso que lo hubiese utilizado antes, una vez que la pareja empieza a elaborar planes de futuro, el preservativo desaparece.

“... pero cuando tú ves que ya tenéis planes o de matrimonio, o en un futuro...Condón fuera. Condón fuera y...”

La asociación entre el preservativo y la confianza

Otra asociación negativa con el preservativo, expuesta por las participantes, refiere la incompatibilidad entre el uso del preservativo y el sentimiento de **confianza**. El 84,5% de las participantes han estado de acuerdo con la afirmación “En una relación donde hay confianza, el

preservativo ¡Fuera!”, sin que se hayan encontrado diferencias significativas según el país de origen de las participantes.

Para las participantes, la “confianza” está asimilada principalmente al concepto de fidelidad sexual. En una relación donde hay confianza, el preservativo es innecesario y además, perjudica.

“si, porque allí se muestra que tiene confianza, abrazos, besos y allí es difícil usar el condón.”

La asociación negativa entre el uso del preservativo y la confianza en la pareja se debe al hecho que para la gran mayoría de las participantes, la propuesta de utilizar el preservativo por parte de la pareja atrae la sospecha de la infidelidad de ésta y a la vez, instaura la percepción del riesgo de infección de enfermedades. Se crea aquí un doble juego: cada uno piensa que si el otro propone el uso del preservativo es porque ha sido infiel y a la vez, que si él o ella misma propone el uso del preservativo, la pareja podría pensar que él o ella ha sido infiel.

Globalmente, el 77,3% de las mujeres estaba de acuerdo con la afirmación “En una pareja que ya lleva tiempo, o si alguno de ellos plantea utilizar la goma es porque ha sido infiel”

“Y si tu quieres que yo ponga el condón, a mi me parece que no necesita que mai sentamos (que estemos más) juntos porque tu tienes otro”

“puede extrañarse de la noche a la mañana (el marido) si una viene y quiere utilizar el condón. ¿Por qué?; Uno mismo se pregunta "por qué". El por qué pueden haber muchos motivos. Puede ser que se quiere proteger, evitar un embarazo, porque lo haya hecho poner los cuernos...”

G:... mira que si mi marido viene a mi con 52 años para decirme que quiere protegerme de un (...).

N: Claro, yo empiezo a pensar en por qué.

J:...el primer pensamiento que a uno se le vendría. (...) No se ha cuidado y ahora tiene miedo de contagiarse y de venir a contagiarme a mí.

Parece ser que la incompatibilidad entre el uso del preservativo y la confianza, es más fuerte que la incompatibilidad entre el preservativo y el amor, excepto para las TS africanas que no otorgan un papel tan importante a la confianza.

Algunas participantes consideran que, aparte de la sospecha de infidelidad, la propuesta del uso del preservativo podría traerle al hombre la sospecha de que la mujer ejerce el trabajo sexual sin preservativo.

D: El desconfiaría.

S:, también pensaría él... "¿por qué?"

D: ... el podría pensar que eu (yo) estaría trabajando sin preservativo.

M: O cree que tienes una enfermedad.

La asociación entre el preservativo y la satisfacción sexual

Según las participantes, **el uso del preservativo es incompatible con la satisfacción sexual**. Las participantes expresaron acuerdo generalizado en relación al efecto de disminución del placer sexual en la relación de pareja, tanto para el hombre como para la mujer, como consecuencia del uso del preservativo.

*" Con el preservativo no sientes nada... (...) a ver, pones el preservativo y no siente el gusto ni él ni ella"
"El contacto no es el mismo"
"No es la misma sensación"*

Las participantes explican este efecto invocando el hecho que *"el contacto no es el mismo"* y que la temperatura del pene o de la vagina se siente de manera diferente al utilizar el preservativo:

"Porque dicen que es diferente la sensibilidad con preservativo que sin preservativo. Es diferente. La sensibilidad es diferente.... no quiero saber nada de esto porque no es la misma sensación, el calor no te llega lo mismo que con la goma"

Según algunas de las participantes, el uso del preservativo hace que el pene se convierta en un "aparato", una "muñeca", una "máquina".

"No siente nada. Uno no siente gusto, no siente placer. Nada de nada, eh. Es como si..., como hacer con un aparato de goma con un consolador, que sé yo, yo no sé cómo es eso pero me imagino...mete y lo mete"

L: (...) si el hombre tiene la goma estoy igual como estoy con un aparato.. una máquina, y dentro me frica (frigga) algo.

V: Como una máquina,...se mueve...

P: Una muñeca...

"... claro, con alguien que ya es algo pareja tuya o pareja o es algo tuyo ya...algo que está allá contigo, cada día, pues...pues...realmente...el preservativo quita...quita sexualidad. Sensualidad, sensualidad (corrigiéndose)"

Algunas de las participantes consideran que la disminución del placer sexual es moderada, mientras que otras consideran que el uso del preservativo impide propiamente la satisfacción sexual.

*".. Bueno, cuando se lo pone siento algo, pero no es como cuerpo a cuerpo"
"... mi mente es que no, no, no...No tengo placer, (mímica de desagrado) no .No me gusta cuando lo estoy haciendo con condón, sabes...No siento nada"
"Yo también, es que no siento nada"*

Algunas participantes consideran que el uso del preservativo es antinatural en sí mismo:

"... no es normal, bueno es normal o no es normal, ...a una cosa del cuerpo humano meterle otra que no es no séno es igual .. Carne a carne y luego meter la goma es como no sé. Es como que estoy perdiendo tiempo..."

Otras hablan del "efecto psicológico", pero a la vez, insisten que, aunque ésta fuese la causa, el efecto se percibe igualmente.

E:...bueno, la mente, el cuerpo. Todo.

C: no es la misma sensación.

S: Para mí, para yo sentir, a mí la goma me estorba.

G: A mi también.

S: ¿O será psicológico que uno sabe que esto está allí puesto? (pregunta dirigida a ella misma)

I: Puede ser, pero no....

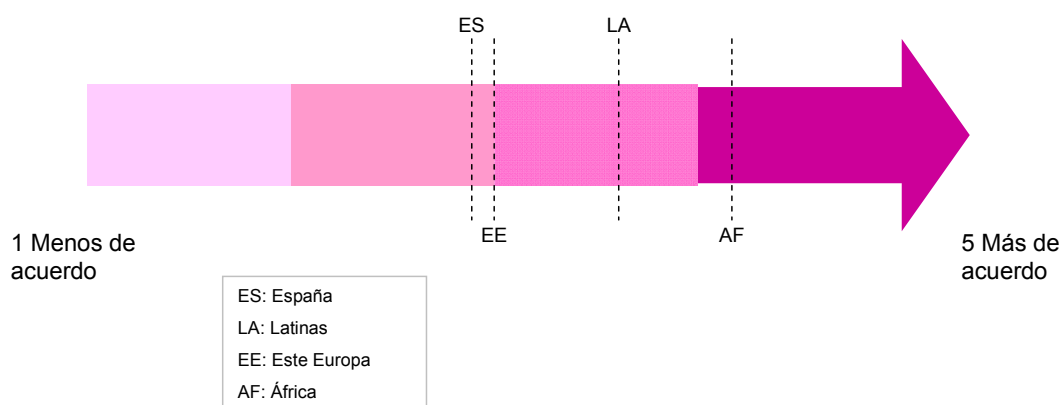
El preservativo, como símbolo del trabajo sexual

Otro elemento importante que conforma la dimensión informativa de la RSP en relación a la vida privada, alude a una **asociación negativa entre el preservativo y la relación de pareja en tanto en cuanto hay una asociación positiva entre el preservativo y el trabajo sexual.**

Al utilizar el preservativo en la relación de pareja, las participantes consideran que **la mujer se podría sentir como si estuviese manteniendo un contacto sexual comercial**, y no como si estuviese haciendo el amor con la pareja; partiendo de esta base, si durante el acto sexual con la pareja afectiva utiliza preservativo, la mujer puede llegar a sentirse como TS y a la vez, puede percibir a la pareja como a un cliente.

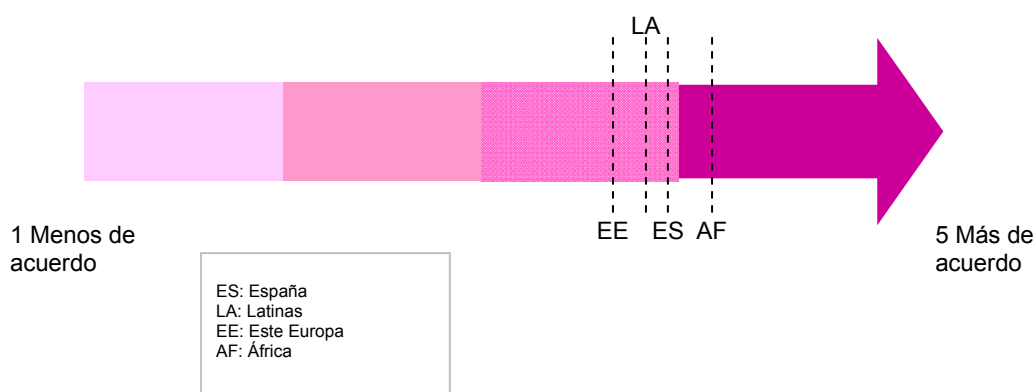
Un 58,4% de las participantes están de acuerdo con que “Si utilizas la goma con tu pareja estable, te sientes como una mujer de la calle, y no como cualquier otra mujer”, siendo las TS africanas las que más de acuerdo están, y las TS españolas las que menos.

“Si utilizas la goma con tu pareja estable te sientes como una mujer de la calle y no como cualquier otra mujer”



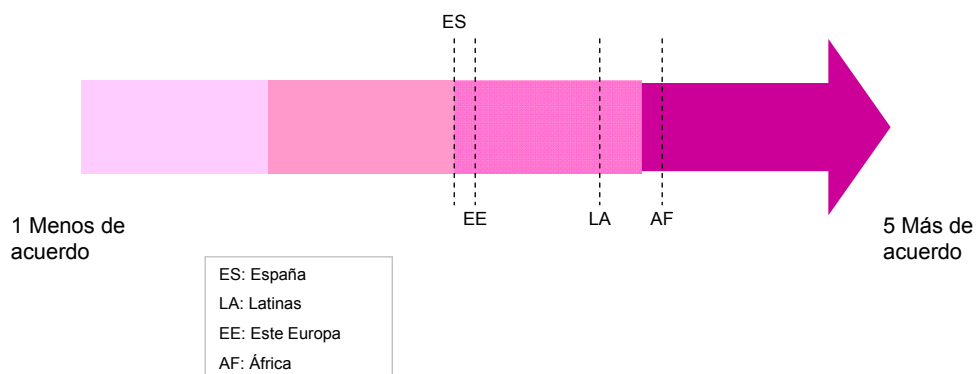
El 69,8% de las participantes (sin diferencias significativas según procedencia) consideran que al utilizar el preservativo en su vida privada, podrían “percibir a la pareja como un cliente”.

“Si utilizas la goma con tu pareja, para ti sería igual que hacerlo con un cliente”



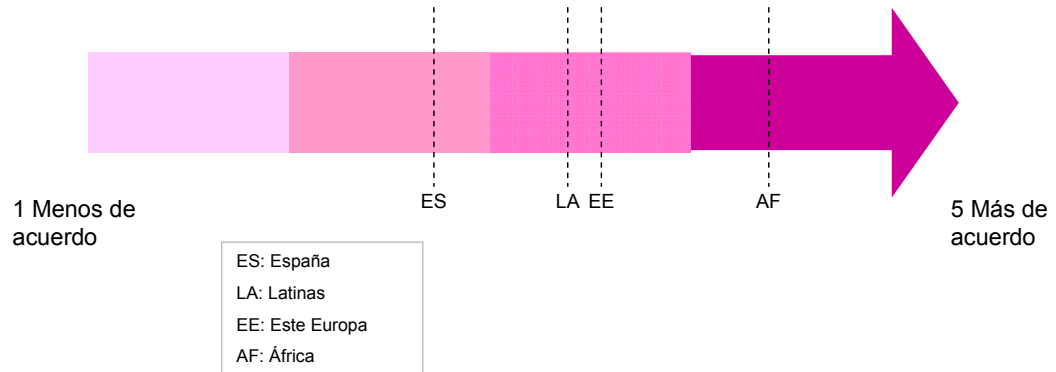
Además, parece ser que al utilizar el preservativo en el ámbito privado, más de la mitad (58,7%) de las mujeres consideran verosímil la autopercepción del hombre como cliente, es decir ven factible que “la pareja podría sentirse tratada como un cliente”. Pese a un acuerdo mayoritario respecto a esta creencia, hay una diferencia significativa entre las TS africanas y las mujeres españolas, siendo las primeras las que presentan el nivel de acuerdo más elevado.

“Si quieres utilizar la goma tu pareja podría sentir que lo tratas como a un cliente”



Un porcentaje similar (59,8%) considera que el uso del preservativo en la pareja “podría hacer que el hombre viera a la mujer como a una trabajadora sexual y no como a su pareja”. En relación a este aspecto encontramos también diferencias significativas, de nuevo entre las TS de África, que son las que más comparten esta creencia, y las de España las que menos.

“Si le pides a tu pareja que utilice él goma, él te verá como a una chica e la calle”



En el siguiente cuadro podemos ver un resumen de la dimensión informativa:

DIMENSIÓN INFORMATIVA:	
FUNCIONALIDAD del uso del preservativo*	
AMBITO LABORAL	AMBITO DE LA VIDA PRIVADA
<p>1. El uso del preservativo SIRVE, porque desempeña el papel de BARRERA PROTECTORA frente a las ITS.</p> <p>2. Se mencionan características del preservativo, ligadas a su efectividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lubricación para evitar su rotura - Adaptabilidad a diferentes tamaños del pene - Texturas para evitar su rotura - Color para favorecer su uso <p>3. Se considera importante saber colocar bien el preservativo para su efectividad.</p>	<p>1. SIRVE NO utilizar el preservativo porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Su uso es INCOMPATIBLE con la propia naturaleza de la relación (sentimiento de amor, confianza/fidelidad y satisfacción sexual) - el preservativo está “asignado” al ámbito laboral; el uso del mismo en la vida privada hace que: <ul style="list-style-type: none"> a) La mujer se sienta como si estuviese manteniendo un contacto sexual comercial: se siente a sí misma como una TS y percibe a su pareja como un cliente. b) La mujer piensa que su pareja podría percibirla como una trabajadora sexual y no como a su pareja afectiva. c) La mujer piensa que su pareja se podría sentir tratada como un cliente, y no como su pareja afectiva. <p>2. La asociación positiva existente entre el uso del preservativo y el ámbito laboral, afianza la asociación negativa entre el uso del preservativo y la pareja afectiva.</p>

*Se refiere exclusivamente al preservativo masculino. Las referencias al preservativo femenino son escasas.

3.1.2 Campo representacional (CR)

La dimensión del CR comprende la “justificación” de la funcionalidad atribuida al uso del preservativo, aludida en el apartado anterior; dicho de otro modo, muestra cómo ha llegado el grupo a elaborar estos argumentos; ¿por qué cuando hablan de ámbito laboral, el grupo ve como emblemático para el preservativo el hecho que “sirva” para defenderse de enfermedades? ¿Y por qué cuando hablan del ámbito de la pareja afectiva, le otorgan como emblemático precisamente el hecho de que “sirve” no utilizarlo?

Nuestro análisis puso de relieve una especie de **núcleo argumentativo**, una idea base en torno a la que se desarrolla toda la justificación que está detrás de estas etiquetas. La idea es la siguiente: **el preservativo es la herramienta a la que las TS acuden ante amenazas, que pueden poner en peligro algo que para ellas es sumamente importante, siendo los conceptos referidos en la dimensión de informaciones los principales indicios de este “algo” (salud, amor, confianza y satisfacción sexual).**

3.1.2.1 “Lo importante”

3.1.2.1.1 Ámbito laboral

En el ámbito laboral, para las TS es importante **obtener algunos beneficios** (principalmente económicos), y al mismo tiempo, proteger algo preciado, que es la **salud**.

El trabajo sexual y el dinero

Hablando del trabajo sexual, la gran mayoría de las participantes refieren que la principal motivación para debutar en este ámbito laboral ha sido la de obtener un ingreso económico. El 100% de las participantes consideran que “para mí, en mi trabajo, es importante ganar dinero”.

La mayoría de las TS de Rumania y América Latina relacionan su motivación con la necesidad de conseguir medios para mantener a la familia, que en la mayoría de los casos está compuesta por pareja y criaturas que están a su cargo y que conviven con ellas (algunas TS de Rumania) o la familia extensa compuesta por criaturas y padres en el país de origen (el caso de la mayoría de las TS de América Latina y de algunas TS de Rumania). Mantener la familia requiere proporcionar recursos económicos para afrontar los gastos de escolarización de las criaturas, los gastos de posibles tratamientos médicos que un familiar puede requerir, etc.

“Pero es que todas lo necesitamos porque todas vinimos aquí porque lo necesitamos”

“Yo también lo necesito y todas porque yo una, tengo una niña, mi niña ya no es un bebé. Mi niña pide, todo lo que ve, quiere esto, “uaa, quiero esto, esto, esto”. “¡No! que mama no tiene dinero” “Mentirosa, tienes dinero no se que, no se cuanto. ¡Yo quiero eso!” Y de esa tienda no sale. Pues en la calle como no se hace dinero... ¿Qué le voy a comprar? Necesito para pañales, para leche, para la ropa, para todo, ahora tengo o no tengo, hay que pensar más en mí porque yo no estoy más soltera. La tengo a ella que viene y me coge del pantalón “Tengo hambre”

“... Pero yo, como no tenía casa, no tenía ninguna ayuda en mi país, mi madre estaba enferma del corazón, necesitaba dinero por pastillas y por todo, tenía que hacer algo. Porque en mi país, la vida estaba peor en esos días. ¿Entiendes? Y tenía que hacer algo para ayudar a mi familia”

“ Si, y cuando me divorcé y me he marchado para aquí, al verme aquí yo sin alguna ayuda, sin nada, y con el pensamiento de mis hijos que necesitaban por la separación, ... para el estudio, para la ropa, de la comida ellos tenían, la vivienda también. Pero al verme, yo he crecido sin padre y sin madre para mí me dolía mucho, era así un dolor enorme de grande que me involucraba así. Entonces, cuando yo ya me vi aquí sin ninguna ayuda, si ninguna nada, me dice una amiga, me comenta “Mira que en esto fuimos pa’ arriba, pa’ bajo como hasta ahora lo vengo haciendo. Encuentro un trabajito por aquí por ahora, otro por aquí, otro por allá, pero siempre explotada, explotada, explotada”. Y me dice ella “Mira, vamos a hacer esto, vamos a tal parte, te ganaras un poco y en tus horas libres harás esto” y efectivamente lo vengo haciendo. Luego encuentro a este señor con el que ahora me he casado recién...”

“Y en mi país siempre ha sido por necesidad. Porque ¿tu qué haces si te vas a estudiar el bachillerato? Si no te sirve de nada ser un profesional... Porque lo mismo es que te pagan cuatro duros y si no, no tienes trabajo. Y que le das de comer a tus hijos, a tu madre a tu padre? Tienes que salir a trabajar. Mucha gente ha ido a Perú, a Colombia a trabajar. Entonces yo creo que si, por necesidad muchas mujeres ya han hecho su dinero. ¿Por qué? por la prostitución. ¿Que siguen adelante? Ya por gusto. Pero la mayoría se hace prostituta por la necesidad”

“... no solo a vender nuestro cuerpo, que todo el mundo sabe que no nos gusta pero pa’ que podamos pagar un alquiler y comer, tenemos que hacerlo. Porque tenemos niños, tenemos de todo y tienes que respetarlo a el un poco y a no mentirlo”

Desde el referente externo, las TS de Rumania hablan también de la necesidad de dinero motivada por las demandas económicas de los proxenetas que puede llegar a extremos importantes. No obstante, se habla de una variedad de perfiles de proxeneta, una variedad que se inscribe en un continuum desde la relación contractual respectada por las dos partes hasta una relación asimétrica de poder, en la que el proxeneta explota a la TS, con el fin de conseguir la cantidad máxima de beneficios económicos. En las relaciones contractuales, la mujer obtiene en general protección física a cambio de dinero. Un caso especial es el del “chulo-marido”, de un proxeneta que “finge” un vínculo afectivo con la TS con el fin de poder ejercer un control psicológico sobre ella, siendo el propósito real de este hombre el de conseguir todas las ganancias económicas que las TS obtienen a raíz del trabajo sexual. Parece ser que este perfil se da en la mayoría de los casos entre las TS de Rumania, pero no obstante, a él se han referido también TS españolas y TS latinas. Hablando de las características del chulo – marido –, las participantes lo describen como “habilidoso”, que “enamora”, que convence a la mujer a entrar en el trabajo sexual para conseguir el dinero en teoría para “los dos” pero en realidad “para él”.

F: Hay hombres muy habilidosos que te enamoran.

C: Que te engañan,...te comen el coco.

D: Hay hombres muy habilidosos que te enamoran, y dicen que están trabajando.

F: Y luego dicen al poco tiempo cuando ya. ... te dicen que, “aay” (ironía, teatralizando), pues que ha

perdido el trabajo y que claro, no tiene pa' esto, no tiene pa' el otro, no tiene pa' nada. Y como esta realmente mal la situación del trabajo,...

L: Pero eso se ve, si de verdad te engaña o no te engaña.

F: Pues entonces se ve, que antes te ha dado él...

C: Pero si estas enganchada (...)

F: A lo mejor ni te lo tiene que pedir, ¿Por qué? Porque él antes te ha dado a ti y tu crees que es verdad lo que dice.

C: Claro.

[Voces de fondo]

L: son muy habilidosos.

Las TS africanas relacionan la necesidad de conseguir dinero con la necesidad de mantener a hijos (algunas de las participantes) y con la necesidad de pagar las deudas derivadas del proceso migratorio. Remarcamos que este segundo asunto es “*tabú*”, ya que la información no se recogió durante las sesiones de los grupos focales si no en las entrevistas individuales. Una de las participantes que se refirió a este asunto, habló de una deuda personal de 27.000 euros, en concepto de gastos de viaje desde Marruecos a España.

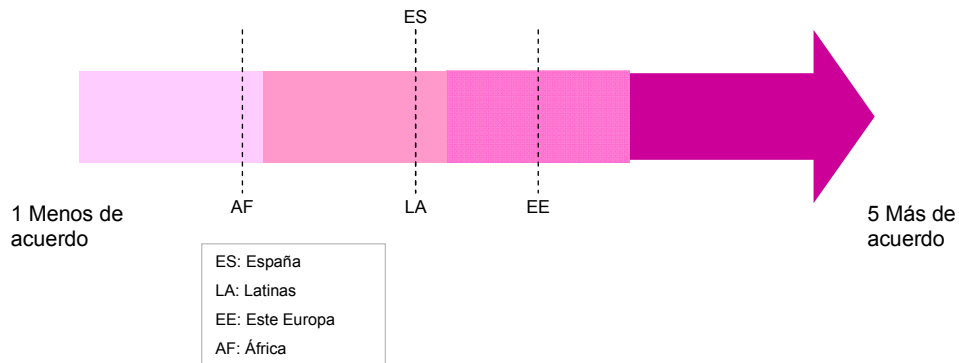
Las TS españolas hablan de la necesidad de conseguir dinero no tanto para mantener a la familia, como en el caso de las TS latinas o rumanas sino para conseguir un cierto nivel económico. Desde el referente externo, este subgrupo liga también la necesidad de ganar dinero al consumo/adicción a las drogas. Hablando de este perfil de TS, las participantes piensan que en sus casos, detrás hay también una pareja – proxeneta – que añade presión económica.

Aparte del dinero, que es la principal motivación para ejercer el trabajo sexual, algunas de las participantes asocian el trabajo sexual a otros beneficios, como la posibilidad de encontrar una pareja afectiva entre los clientes u obtener gratificación sexual durante la prestación de servicios sexuales. No obstante, el porcentaje de TS que apuntan estos beneficios, es relativamente bajo.

El trabajo sexual y las expectativas amorosas

Un 33,7% de las participantes también ponen en juego, en su trabajo, expectativas amorosas, refiriéndose éstas a la esperanza de encontrar entre los clientes un hombre que se pueda convertir en su pareja. Para la mayoría de las participantes que hablan de estas expectativas, el principal beneficio que le podría aportar esta pareja sería el amor. Las TS de Rumania son las que más expectativas amorosas tienen, a diferencia de las de África, que son las que menos importancia otorga a este aspecto.

“Me gustaría que entre todos mis clientes encontrara algún día un hombre de verdad que me quiera y me valore”



“Las que venimos de África tenemos la ilusión del hombre blanco porque el hombre blanco... en África piensan que...que es un díos; porque anteriormente el hombre blanco podía llegar a África y decir que es un Dios y lo podrían creen. (...) Porque muchas vienen ilusionadas de querer estar con el hombre blanco”

S: nosotras por dinero, nada más.

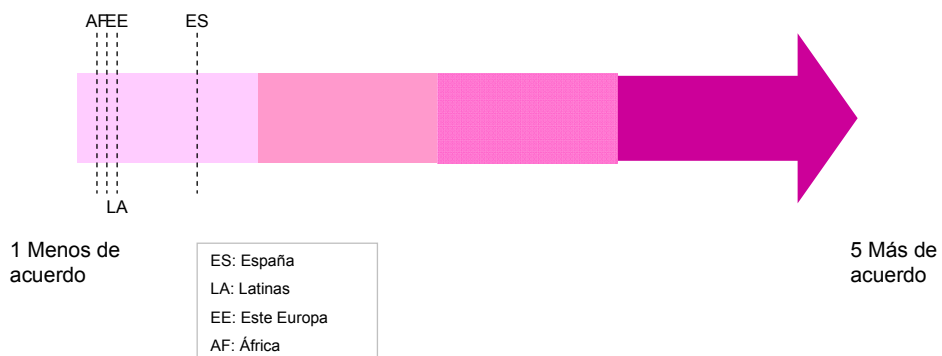
E: de mi país no se hacen así... porque primero en mi país no se trabaja en esto. No sé cómo será en vuestro....

No obstante, para otras participantes, las expectativas amorosas están ligadas a la esperanza de encontrar entre sus clientes un hombre que se enamorara de ellas para conseguir otros beneficios sobre todo económicos.

El trabajo sexual y la satisfacción sexual

Otra de las posibles recompensas del trabajo sexual referidas por las participantes, ha sido la obtención de satisfacción sexual, aunque es poco relevante. Sólo un 8% de participantes indicaron que “Para mí, en mi trabajo, es importante pasármelo bien en la cama”, siendo las africanas las que menos de acuerdo están.

“Para mí, en mi trabajo es importante pasármelo bien en la cama”



El subgrupo de TS de Europa del Este y las de África manifiestan un desacuerdo total con esta afirmación, mientras que en el grupo de TS latinas y TS españolas encontramos una cierta variabilidad.

“... la mujer que viene (aquí) no disfruta; ella viene a ganar la vida. Y los hombres vienen a desahogarse. A ver, cuando trabajas en la calle no vas a disfrutar con ningún hombre, disfrutas con tu pareja. A la calle vienes a trabajar, no vienes a disfrutar. Para disfrutar, disfrutas con tu marido que es el que....”

C: ¿..., y si no tienes marido?

L: Hay gente que quieren disfrutar y que te hacen pasar bien.....

F:... yo prefiero a mi marido antes que una persona en la calle.

C: Pues, yo no.

C: Pero con los clientes no vamos en busca del placer... Vamos en busca de clientes, de dinero; no nos importa si hay placer.

C: No, tampoco es tan así. Porque si el hombre se pone el preservativo, me folla y yo tengo ganas, siento placer.

(Risas...)

E: A veces se pasa que ...

G: (intentando cubrir las voces de las demás) A mi no me digan que ninguna mujer no se ha corrido, eh..

C: No, como te digo, ahora, estoy con un chico...con el chico Africano dije: “ahora me la gozo,”

G: (interrumpiendo) claro, aprovechas..

N: No, a mi no...yo no siento placer.

G: Mira, yo te digo así de claro: a mí si me chupan el coño, yo me corro igual. No pienso en marido, no pienso en nada. Pienso en la lengua del cliente. Y se acabo el problema.

C: yo también me corro si me chupan el coño.

El análisis cualitativo de los discursos individuales reveló el hecho de que aquellas TS que buscan obtener satisfacción sexual en el trabajo son en general personas que no tienen pareja y que declaran no querer tener, justificando su postura en base a los fracasos amorosos anteriores que les han hecho “perder la confianza”.

Mencionamos que para algunas TS de Rumania y de África obtener satisfacción sexual durante los actos sexuales comerciales está “mal visto”, hablando con una cierta intriga de las TS que “chillan, como si estuviesen con la pareja”. Esto nos puede hacer pensar que para este subgrupo, el placer sexual está restringido al ámbito de las relaciones sexuales en la vida privada.

“Porque hay muchas chicas que cuando hacen algo con un cliente, porque son muchas que hacen amor, no follar para trabajar, hacen amor igual como con una pareja. También chillan igual como una película porno. ¿Sabes?

Chillar y tal, tal, ¿sabes?

M: ... son algunas que disfrutan

El coste de los beneficios

Todos los beneficios anteriormente expuestos aparecen ligados a una serie de costes personales, puesto que para la mayoría de las TS, **la práctica del trabajo sexual es discordante con sus principios (basados en la norma social o referente externo), suponiendo un compromiso de valores** que se ha de hacer para poder conseguir estos beneficios, principalmente económicos.

A nivel de discurso, la existencia de esta disonancia se refleja en el empleo de una terminología más “suave” que las TS emplean al hablar de su propio papel como trabajadora sexual (referente interno), por comparación con la terminología más culpabilizadora, que utilizan al hablar del colectivo de TS en general (referente externo). Así pues, se alternan términos como “puta” y “puterío”, cuando se habla de personas desconocidas que ejercen el trabajo sexual, mientras que, al referirse a ellas mismas y a su labor, utilizan términos como “trabajar en esto” (refiriéndose al ámbito del trabajo sexual), “mujer de la vida” (utilizado por las TS de España), “mujer de ambiente” (utilizado por las TS de América Latina) y “chica que trabaja en la calle/piso/club” (utilizado en el caso de las TS de Rumania y las de África).

Otro indicador de esta actitud de autodiscriminación es el hecho que algunas trazan una distinción entre “las mujeres normales”, y las “putas” (*“Las mujeres de la vida sí, las normales no eran.....putas”*). Algunas dicen abiertamente que no les gustaría que sus hijas ejerciesen la misma labor que ellas.

“Yo, mis hijas no me gustaría si ellas tuvieran que... Yo les pago sus carreras pa’ que trabajen. A mi no me gustaría que se metieran en esto”

La autodiscriminación respecto a su papel de TS ha hecho que gran parte de las TS de África así como las TS de Europa del Este tengan como principio en el trabajo, por ejemplo, no mantener contactos sexuales comerciales con compatriotas suyos por el sentimiento de vergüenza o miedo que tendrían, a ser identificada por alguien de su país.

V: ... y después de desnudarme dice “Hay que...”, me decía una cosas en rumano y yo digo “¿Qué? eres rumano” “Si soy rumano pero no te he dicho porque si te decía no querías subir conmigo” y el dice “Vale, no pasa nada”, “si no quieres te devuelvo el dinero” digo “Ya me has visto el coño, ahora qué importa”. Y además también el chupar el coño que es algo raro que nuestros compatriotas no hacen estas cosas.

“Es que tenía tanta vergüenza de que fuera rumano pero no lo dejé (una TS de origen rumano, que se dio cuenta que el cliente era rumano)”

“...porque cuando yo trabajo, yo no “paso” con ningún negro...cuando yo escucho pasar un chico negro, yo no paso. Porque yo se que todos...” (TS de origen africano)

Pese a la autodiscriminación que estas mujeres aluden, las participantes hablan también del potencial adictivo del trabajo sexual, ya que la mayoría de ellas han debutado pensando que será un trabajo temporal, pero pocas terminan abandonándolo.

“Empiezan por necesidad y luego siguen por gusto”

“... usted se retira 10-15 días y luego vuelve. Yo me retiré 6 años pero luego volví”

Es importante matizar que esta “adicción” no se fundamenta solo en base a los beneficios económicos que trae el trabajo sexual, si no en la imposibilidad de adaptarse/readaptarse a un estilo de vida que excluye la prostitución.

“... yo no puedo pensar la vida sin prostitución. Yo tengo averiguar (ganarme) la vida por otros modos...y no sabría como, y no es necesidad (económica)...la prostitución es como una droga”

El trabajo sexual y la salud

Si el dinero aparecía como el beneficio objetivo más importante asociado a la práctica del trabajo sexual – “*aquello que se quiere conseguir*”-, la protección de la salud es un “deber”, un requisito autoimpuesto, que la gran mayoría de las TS cumple en sus prácticas sexuales.

Las participantes hablan de querer su salud por oposición al deseo de morir y a la vez, como una muestra de quererse a sí mismas.

“...porque ni una persona (no) quiere morir...”

“...porque yo quiero mucho a mi salud, yo quiero mucho a mi salud, ¿entiendes?. Que como todas las chicas... quieren a su salud, yo también la quiero”

“...lo importante es tu salud, porque nunca sabes que enfermedad tiene el cliente. Siempre tienes que tener ojos y orejas y estar allí por el mas pa’ que no se rompa, por que te puede pasar algo, porque lo mas importante es tu salud”

Las participantes entienden la protección de la salud en términos de protección de ITS; un 98,7% de las participantes consideran que “para mí, en mi trabajo es importante no pillar ninguna enfermedad sexual”.

La salud es un valor primordial para la gran mayoría de las participantes. Al comparar entre sí los principales valores que entran en juego en el trabajo sexual, según los datos cuantitativos, para las TS es prioritario “proteger la salud”, en segundo lugar “ganar dinero”, en tercer lugar “cubrir expectativas amorosas” y en último lugar, “obtener satisfacción sexual”.

Precisar que, el dinero es declarado como primera opción por un 24% de las africanas, 10% de las latinas y 4,2% de las del Este Europa (0% por las españolas).

En resumen podemos concluir, que para las TS *lo que es importante*, es **ganar dinero**, y en el transcurso de la actividad que ejercen para conseguirlo, **proteger su salud**. Pese a los beneficios que proporciona el ejercicio del trabajo sexual requiere, no obstante, un compromiso personal, puesto que es discordante con su deseo de “normalidad”, fomentando esta disonancia una actitud de auto discriminación.

3.1.2.1.2 Ámbito de la vida privada

Si en el ámbito laboral lo importante para las TS era proteger la salud y ganar dinero, en la esfera de la relación de pareja lo importante es conseguir *una serie de beneficios, principalmente afectivos*. Los criterios que determinan lo que es beneficioso en una relación de pareja, derivan de un **modelo idealizado de pareja**, que comparten la mayoría de las participantes. Las TS quieren que la relación de pareja se asemeje a este modelo, siendo esta semejanza el barómetro según el cual se evalúa la satisfacción marital/de pareja.

Las principales características de este modelo idealizado, que dictamina lo que está bien/mal en las relaciones de pareja, son el “amor verdadero”, la confianza, y la gratificación sexual.

El amor

La gran mayoría de las participantes valoran el amor como la principal características de este modelo y lo entienden como un vínculo afectivo duradero y recíproco, que se da en el marco de una relación estable. El 93,5% de las participantes consideran el “sentirse amada” como “muy importante en la relación de pareja”, sin que haya diferencias significativas según el país de origen.

Las participantes consideran que el amor mutuo es una condición necesaria para una relación de pareja y que a la vez, el amor verdadero es único, siendo “mal visto” que a lo largo de la vida la mujer tenga muchas parejas afectivas.

C: *¿cuantas parejas has tenido?*

V: *tres solo.*

C: *joder, “solamente” dice.*

(Risa)

V: *solamente es el padre de mi hija, uno de 8 años, y este...que llevo 8 meses.*

C: *con 29 años, ya... (Tono irónico).*

Algunas de las participantes, relacionan la necesidad del amor con una serie de vulnerabilidades afectivas que tienen sus orígenes en traumas del pasado. Para una de ellas por ejemplo, el hecho de ser huérfana ha sido determinante en el proceso de elaboración de la concepción sobre el amor y la pareja.

“(...) porque yo crecí sin padre y sin madre, entonces yo quería tener un hogar, un hogar donde mis hijos crecieran con el amor propio de padre y madre, sobre todo esto”

En el caso de otra participante, la creencia de que lo que más necesita en su vida es el amor se ve fortalecida por las experiencias de maltrato físico y psicológico que ha vivido con su marido.

“... yo me casé con 21 años, no me casé por amor. Entonces yo, vestida de novia mi marido me pega...y así yo llevé

23 años de maltrato físico y psicológico. Entonces, ¿qué es lo que yo quiero? Amor. Yo no sé que es una luna de miel, lo que es hacer el amor apasionadamente. Yo solamente sé de maltrato, insulto y esto"

Es interesante señalar que, algunas TS provenientes de España y América Latina, valoran el amor e implícitamente la pareja como algo innecesario e incluso dañino.

"... yo no quiero amor...yo quiero salud, estar con mi hijo y basta de esto. Amor, a tomar por culo... Yo con una paja (...) no necesito ni polla, ni nada... Ay, que asco"

El análisis cuantitativo puso de relieve el hecho que hay una correlación entre esta actitud de desvaloración del papel del amor y el desengaño afectivo, puesto que todas las TS que han manifestado tener esta actitud han vivido uno o más fracasos amorosos que les han hecho creer que el amor no existe, que es una ilusión y que aceptar esta realidad es una condición para poder "seguir adelante".

Consecuentemente, no podemos hablar tanto de una infravaloración del amor como concepto en la relación de pareja, sino de la creencia que es imposible/poco probable encontrarlo.

La confianza

Para la mayoría de las participantes el amor implica confianza, en el sentido de fidelidad sexual, que se convierte en una condición para la relación. El papel de la confianza en una relación es clave; si no hay confianza, la relación no tiene razón de existir.

"Claro, si estas con una persona, la crees. Si no, ¿por que vas a estar? Que la confianza vale todo. Si no hay confianza no hay nada. Sabes, yo, si no confío en mi pareja, yo...nada"

Es importante precisar que según el 61,5% de las participantes, la confianza aparece de forma automática una vez aparece el sentimiento de amor, sin diferencias por país de origen.

F: si, si... la mujer cuando se enamora, si se enamora allí le da toda la confianza.

C: hasta la vida.

F: si, hasta las entrañas.

(Risa)...

Los datos cualitativos indican que dentro del grupo de TS africanas algunas participantes consideran, igual que las participantes de Europa y de América Latina, que la fidelidad de la pareja es un requisito esencial, mientras que otro subgrupo acepta la infidelidad de la pareja, legitimándola.

S:... si lo quiere poner (preservativo) no te tiene confianza, no te quiere .. ya ¿para que?...

C: ¿y para que seguir el rollo?... entonces me largo.

S. ¿para que seguir? claro...

"No sé si puede ir con otras chicas....lo que sé es que mi pareja me quiere; a lo mejor va con otras; puede ir y follar con otra chica con preservativo; no lo sé...Pero si va, es con preservativo"

“Porque a los hombres les gusta ir con más mujeres; yo tengo ahora una pareja...me quiere, pero a lo mejor también le gustaría follar con otras; también hay muchos hombres blancos que son así; tienen mujer en casa pero les gusta también fuera, ¿sabes? El hombre es así, no lo puedes cambiar, lo tienes que aceptar”

Las TS africanas que consideran la fidelidad un requisito, explican la actitud de aceptación de la infidelidad por parte de sus compañeras hablando de la “sumisión” de éstas frente al hombre. Consideran que *“todo el mundo quiere fidelidad”* pero “las que son sumisas” no se atreven a exigirle al hombre esto ya que el espacio cultural de donde provienen lo asigna como requisito sólo a la mujer y no al hombre. Una de las participantes justificó la infidelidad del hombre en base a la propia naturaleza de los hombres, y matizó que la mujer tiene que aceptar que no puede cambiar nada al respecto. Es importante señalar que para este subgrupo, la infidelidad del hombre es compatible con el amor hacia la pareja.

“...todo el mundo quiere la fidelidad en su pareja; y la sociedad... para los hombres... yo creo que la infidelidad es normal; pero para las mujeres es pecado. Para los hombres no; porque primero: tienen derecho a casarse con una, con dos, con tres mujeres. Entonces para los hombres la infidelidad es normal. Pero para las mujeres ya es pecado...el africano aún cuando te quiere,...bueno, creo que quieren mucho,... pero es difícil, creo que es el entorno que han vivido. Primero como tienen derecho a casarse con dos mujeres o tres mujeres, a partir de allí la infidelidad es diariamente”

La satisfacción sexual

Para el 57,7% de las participantes la propia satisfacción sexual con la pareja es importante, sin que haya diferencias según el país de origen.

Los elementos a destacar en relación a este aspecto son el hecho que las TS de África y las TS de Rumania consideran que la relación de pareja ha de cumplir algunas condiciones para que ellas puedan alcanzar el placer sexual.

Las TS de África afirman no poder alcanzar un auténtico placer sexual en una relación si la pareja no es africana. La explicación ofrecida es que a diferencia del “hombre blanco” los hombres de África tienen las cualidades físicas necesarias para mantener un contacto sexual satisfactorio, en concreto pueden mantener la erección durante más tiempo que el del hombre español. Pese al hecho que *“los de aquí”* son *“más pasionales”*, el acto sexual mantenido con sus compatriotas es más satisfactorio que los contactos sexuales mantenidos con varones españoles.

“Ellos (los hombres de aquí) no tienen la misma sensación que nuestros compatriotas..., los negros son fuertes, son calientes (risa general) y los hombres blancos (riéndose, tono de vergüenza,) los hombre de aquí son mas fríos ... y la polla a veces no es tan dura. y.. no es igual. Entonces te da igual...y los de aquí son mas pasionales si...te va chupar todo, te va a mamar de arriba abajo, como te he dicho - con el aprendí a jugar al vino y al kétchup, al chicle ...los negros son mas directos a la penetración. Directo, directo. Y estamos acostumbradas brutalmente a esto”

“... a veces le suelo decir a mi novio: sexo duro ya no estoy acostumbrada... (risa.) Sexo duro, no. Entonces, como te gusta el sexo duro, como uno de aquí no te lo puede hacer bien...”

*E: a mi no me gusta el sexo duro.
C. no, es un decir; no es que todo sea el sexo duro.*

Un caso similar es el de las TS de Rumania que comparan las parejas que habían tenido anteriormente en Rumania con las parejas que tienen en la actualidad aquí, que en la mayoría de los casos de las integrantes de los grupos focales, provienen de países árabes (Marruecos y Pakistán sobretodo). Para estas participantes una persona de un ámbito cultural islámico “no te puede hacer sentir mujer como un rumano” pues “no saben tocar bien a la mujer”, según ellas, no tienen desarrolladas las habilidades necesarias para mantener un acto sexual satisfactorio.

L: No, yo no. De verdad no podemos hablar mal porque nunca un pakistaní te puede hacer sentir mujer como un rumano. Esto es verdad.

L: No. Un rumano conoce más de la vida íntima, me entiendes, como los pakistanís.

L: Porque los pakistanís vienen de un país afuera del mundo que no saben tocar bien la mujer.

F: Hace el amor a veces con los ojos tapados.

V: No ve desnuda a su mujer, tapados...

L: Los pakistaní, bueno, yo cuando he cogido a mi marido, yo le estaba enseñando. Como se hace, porque no sabía.

F: Son más cariñosos (rumanos) y a la vez son nuestros compatriotas.

L: No se como se dice, se siente la sangre, “cariñosos”, conoce donde pone la mano, como tocar una mujer, como le coja, como le habla. Es muy diferente.

V: Sí, sabe comerlo.

Otro aspecto a destacar en el ámbito de las relaciones sexuales, son los condicionantes culturales de algunas prácticas sexuales; las TS de Rumania por ejemplo no consienten otra práctica que la penetración vaginal. Muchas de ellas se muestran indignadas al contemplar la posibilidad de mantener otras prácticas considerando por ejemplo que el sexo oral es denigrante e incompatible con el besar a los hijos (puesto que serían los mismos labios que han tocado el pene del hombre, las que besarían a la criatura).

“..No, no el preservativo. Me da asco solamente cuando miro así, que pongo yo la boca. Que como ha dicho antes mi compañera, la F, que somos antiguas. No somos antiguas, es algo que no puedes hacer, no me gusta. Yo no puedo y con la goma no puedo porque como yo tengo la niña, salgo de allí y me voy en casa y la niña, en primer lugar cuando entro en la casa. ¿Y entonces como voy a besar a mi niña cuando yo se que chupo a todo mundo la polla? Yo no puedo. Yo soy antigua pero así soy”

V: mi marido cuando vuelvo de la calle me mira y me ha dicho “Vamos” le miro y le he dicho “Sin chupar, sin follar en el culo, normal. Si te conviene, te lo digo de ahora, si no por allí esta.....”

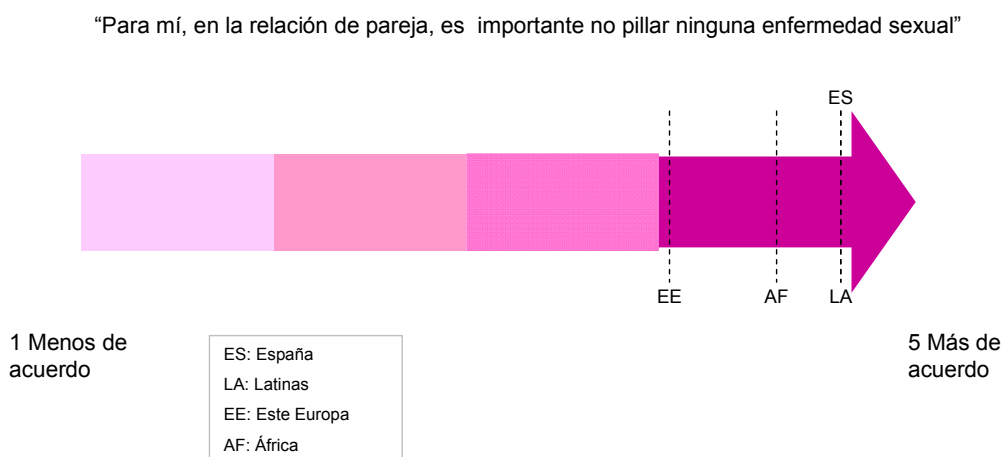
Algunas de las TS españolas con edad avanzada manifiestan no mantener tampoco esta práctica en la relación, pero no porque ellas no la quieren hacer sino porque la pareja no la quiere ya que considera que “solo las putas hacen esto”.

*“yo a mi marido no se lo chupo! Que se lo chupe su abuela!
(...) dice que no quiere; que esto lo hacen solo las putas!”*

Al jerarquizar los principales valores que describen el ideal de la relación, las mujeres otorgan el papel principal al amor, seguido por la confianza y en tercer lugar el placer físico. La mayoría de las TS africanas han evaluado el amor como lo más importante mientras que las TS latinas declaran tanto el amor como la confianza/fidelidad como lo más importante. La valoración más alta del placer sexual la encontramos en el grupo de TS españolas y del Este de Europa.

La salud

Si respecto al ámbito laboral, la protección de la salud apareció como un deber que acompañaba el ejercicio del trabajo sexual, en el ámbito de la vida privada, las participantes del grupo focal no veían necesario contemplar la protección de la salud en dicha **relación**, si bien es cierto que las valoraciones individuales recogidas en la encuesta evidenciaron que la gran mayoría de las participantes (94,8%) indicaron que para ellas, en la relación de pareja es importante no “pillar ninguna enfermedad sexual”.



Al comparar el peso que las participantes otorgan a la salud con el peso que otorgan a los beneficios anteriormente aludidos (amor, confianza, placer sexual), constatamos que la salud ocupa el último lugar para el 43,9% de las mujeres. Sólo 7 mujeres (7,1%) priorizaron la salud frente al resto de variables. Las mujeres de América latina fueron las que menos importancia daban a la salud (el 46,5% la situaba en cuarto lugar, frente al 25,6%, 18,6%, 9,3% de las mujeres de Europa del este, africanas y españolas, respectivamente ($p < 0,05$)).

Concluyendo, podemos decir que en la esfera de las relaciones de pareja, “lo importante”, lo “preciado” es el amor, la confianza y la satisfacción sexual, puesto que estos tres conceptos son las principales referencia del modelo idealizado de pareja, que comparten las participantes. La salud cobra una importancia menor, por debajo de estos beneficios afectivo–sexuales, sin que las participantes condicionen la protección de ésta, a los beneficios de relación de pareja.

3.1.2.2 “Las amenazas”

Este apartado recoge todos aquellos elementos que conforman las amenazas que pondrían en peligro la obtención de aquello que para las TS es importante; dicho de otra forma, explica qué es lo que podría impedir que las TS ganen dinero y protejan su salud en el ámbito laboral y qué es lo que podría impedir que disfruten del amor, la confianza y la satisfacción sexual en su vida privada.

3.1.2.2.1 Ámbito laboral

En relación al mundo laboral principalmente hay dos dificultades que podrían interferir con el objetivo de las TS de ganar dinero y al mismo tiempo proteger la salud. La primera es de índole económica, y tiene que ver con la creciente dificultad de conseguir clientes, a la que se le suma la disminución de la remuneración de los servicios sexuales. La segunda – y más importante – alude a la probabilidad creciente infección por ITS a raíz de los contactos sexuales. Dicho de otra manera, las TS ven que su objetivo podría peligrar ante la amenaza de las enfermedades y ante las dificultades de conseguir dinero.

Dificultades económicas

Respecto a las dificultades económicas, todas las participantes consideran que ahora es más difícil que antes conseguir el dinero que se necesita.

V: Y las chicas tienen que... lo que te den es lo que tienes que valer, da igual. Pero por 5 euros, da exactamente igual porque, ahora (...) no hay nada. Porque te pones desde las 8 de la mañana, te pones a trabajar desde las 8 de la mañana hasta las 8 de la tarde o hasta que te de la gana y ¿qué te llevas a tu casa?, ¡nada!

F: Terrible.

C: Está muy mal, está muy mal.

V: Ahora mismo, yo, trabajando de la vida, diariamente me llevaba 100 y pico euros. Esto tiempo atrás.

Pero ahora (tono expresando desilusión)...

Como explicación apunta al hecho que, en el contexto de una crisis económica global, la demanda ha bajado y en cambio, la oferta de servicios sexuales ha aumentado; en relación a este último aspecto las TS españolas hacen hincapié en el hecho que en los últimos años se ha producido un incremento muy grande de las TS extranjeras.

C: va::↓le, va::↓le...pero ya no van . Antes iban dos veces a la semana, ahora te vas una vez al mes.

S: Sí a casa.

Porque hay más mujeres, más extranjeras.

C: Esto es también porque hay muchas mujeres.

V: No, pero también hay menos hombres...=

C: Sí, también, pero también hay muchas extranjeras.

B: Hay muchas mujeres.

V: Más que antes.

C: Hay crisis, pero los hombres no gastan, pero es que también hay muchas más mujeres que antes.

Esto hace que haya una competencia entre las TS, competencia en la que “las perdedoras” son las que no disminuyen el precio, las que no aceptan mantener relaciones sin preservativo o las que no realizan algunas prácticas en concreto (sexo anal, sexo oral, etc.).

M: Si que hay trabajo. Para una que hace sin goma hay trabajo, pero una que trabaja como tiene que trabajar, entonces sí que no tiene trabajo. Puede quedarse, tirarse todo el día por 20 Euro fuera.

L: Y ahora mucha juventud lo hace por detrás que nosotras no lo hacemos (...)

V: He visto gente mayores que se lo hacen por 5€...

C: Pero esto es denigrante, una mujer que se vaya por 5€ es lo último porque tiene que tener una habilidad pa' sacarle. Le pides un bocadillo, un cigarro, 12€, lo que sea, pero no ahorita follas con un tío por 5€.

V: Yo lo he visto antes.

C: No sí, habrá, pero...

Para las TS que trabajan en la calle el incremento de pisos donde se ejerce la prostitución durante los últimos años supone también una disminución del número de clientes pues, frente a esta posibilidad, muchos clientes prefieren contratar los servicios ofrecidos en los pisos.

G: lo que pasa es que los tíos se van a los pisos. Son dos polvos 30 euros; y no pagan cama. Y se acabo el problema. Es ese el problema.

C: Patricia, dos polvos por 30 euros. Antes no valorábamos...

G: Claro, pero ahora dos polvos ponle mas 10 de la cama son 40... y con las horas, con el tiempo que estamos se mi:::ran 10 euros , ¿ei?

C: Ahora miran el dinero...

“A nosotras cuando nos paraba la ronda, una vez me ha pasado, han multado a mí, multado el cliente. Entonces este no va a volver en su vida y... Se va ahora como hay muchos pisos, clubes, prefiere ir, se va a ir mas seguro mas escondido, y sin problemas...”

L: Bueno, paga un poco más pero esta seguro.

F: Porque la mayoría son casados...

Enfermedades

El análisis de esta amenaza remite a la percepción de riesgo de infección por ITS, entendida como la evaluación subjetiva de la probabilidad de riesgo de transmisión, implicada por la actividad laboral en general.

Al compararse con la población general, casi tres cuartas partes (71,1%) de las participantes consideran que tienen más probabilidades de contraer una ITS por tener este trabajo, que el resto de mujeres u hombres, sin diferencias por país de origen.

En el estudio cualitativo surgió un debate en donde algunas de las participantes consideraban que el número elevado de contactos sexuales incrementa el riesgo de infección, mientras que otras consideran que al ejercer la prostitución no se corren más riesgo de contraer ITS, pues las mujeres que no ejercen la prostitución y tienen relaciones desprotegidas con sus parejas están más expuestas al riesgo debido a las altas probabilidades de que sus parejas tengan relaciones fuera de la pareja en donde no utiliza el preservativo.

C: en mi opinión es... yo creo que las que trabajan en esto son las que mas se protegen. Porque por ejemplo una que no trabaje de puta, que es señorita, como nosotras, como dice que no trabaja de puta puede tener tres novios,
S: claro...

C: y esta folla a los tres sin goma igual.

S: y ellos pueden tener otra cosa.

L: Pues habían muchas mujeres que han cogido algo por culpa del hombre, porque han hecho el amor con mujeres sin goma y han cogido...

(MD: ¿La mujer de la vida dices?)

L: ¿La mujer de la casa, de la casa...

C: En la calle las mujeres se preocupan y se vigilan normalmente más. Tenemos mas cuidado.

L: Lo haces con uno o con otro y luego pillas los anticuerpos del sida. Y no lo saben. Yo conozco una chica que en la discoteca lo pilló.

M: y ella era mujer de la vida?

L: no, no.. no era mujer de la vida.

C: en la discoteca tienen muchos peligro, los rollos así de... (...) Les da el calentón y se dejan por el momento.

C: Y cuantas lo pillado y no se han enterado y están en su casa. Bufff!...

No, pero es que a veces hay más peligroso en las discotecas que las que nos dedicamos a esto, eh

L: sí...

C: En la calle las mujeres se preocupan y se vigilan normalmente más. Tenemos mas cuidado.

L: Lo haces con uno o con otro y luego pillas los anticuerpos del sida. Y no lo saben. Yo conozco una chica que en la discoteca lo pilló.

Pese a esta divergencia de opinión, la gran mayoría de las participantes consideran que el trabajo sexual implica un riesgo alto de infección. Esta percepción se fundamenta en base a **dos suposiciones** fundamentales:

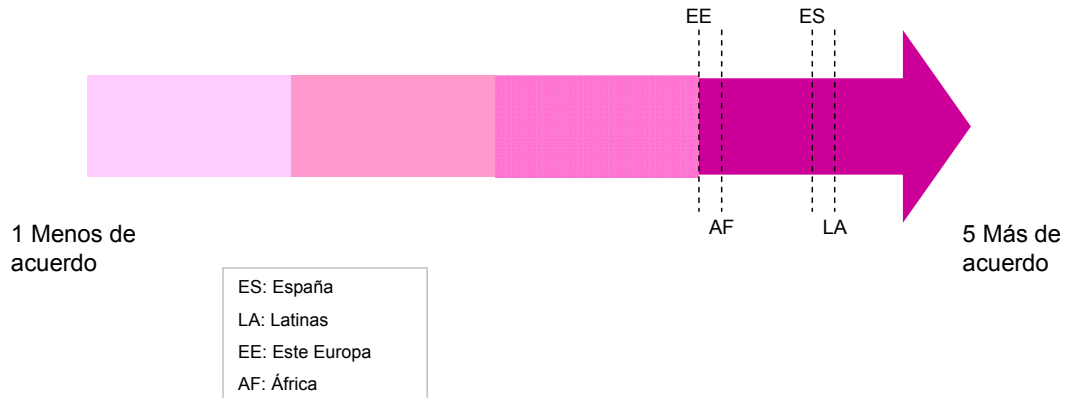
- a) En el ámbito de la prostitución hay muchas enfermedades
- b) En el ámbito de la prostitución hay una elevada demanda de servicios sin preservativo

a) En el ámbito de la prostitución hay muchas enfermedades

La gran mayoría de TS considera que el ámbito de la prostitución hay muchas personas portadores de enfermedades transmisibles por vía sexual.

El 87,8% considera que “en el mundo de la prostitución corren muchos enfermedades” siendo las TS de América Latina las que presentan el nivel más alto de acuerdo con esta afirmación y las TS de Europa del Este las que menos.

“En el mundo de la prostitución corren muchas enfermedades”



Un elemento importante en la constitución de la percepción de riesgo lo constituye el nivel de conocimiento respecto a las ITS y las actitudes frente a la enfermedad en general. Nos parece importante señalar las diferencias culturales que el análisis llevado a cabo ha revelado.

Las TS españolas hacen la **distinción entre “ahora” y “antes”** considerando que, pese al hecho que las enfermedades han existido siempre, ahora se conocen más y por lo tanto la sociedad percibe que hay más que antes.

*M: ¿Y siempre han habido tantas enfermedades?
L: Sí, siempre.*

El **acento recae sobre el VIH**, muchas de ellas refieren que la percepción de riesgo se ha instaurado una vez han tomado conciencia de la epidemia del VIH.

*F: Pero tampoco antes estaba el sida como está ahora y antes no se conocía.
C: claro.
L: en esa época no existía el sida.*

“Pero cuando yo empecé a trabajar, que es cuando empezó a venir lo del sida, no sé qué, pues yo ya cogí un poco de miedo”

*F: a ver, a lo mejor existía en otro país y no sabíamos.
L: porque yo estaba casada (...) cuando vino el sida, que fue cuando murió el Rock Hudson, que fue en el año 91
C: en los estados unidos ya lo sabían...
L: era de otra manera...
F: sí, sí.*

Para las TS españolas otro aspecto en el que se diferencia “ahora” de “antes” es que antes las enfermedades podrían perjudicar más que ahora, debido a la falta de tratamientos farmacológicos:

“Antes pillabas la sífilis y hasta que no se inventó la penicilina morías...”

Las participantes españolas consideran que las TS españolas tiene en general un nivel elevado de conocimiento referente a la enfermedad antes de debutar en el trabajo sexual, debido al acceso a varias fuentes de información: televisión, Internet, campañas públicas etc.

D: La mujer de la vida española sabe en general.

C: Las que están en el mundillo lo saben.

F: las recién entradas saben. Hay situaciones, en todas las chicas, que como no están conectadas a Internet, no están informadas...

Las TS españolas refieren un nivel elevado de conocimiento referente a la variedad de enfermedades así como a las vías de transmisión. Como ITS las participantes han señalado el sida, las hepatitis, la sífilis, los papilomas, el cáncer de útero, el herpes. Las participantes son conscientes, por ejemplo, que el herpes se puede transmitir aún utilizando el preservativo y que hay muchas prácticas que no implican la penetración pero que pueden llevar a una infección.

Las TS latinas consideran, igual que las TS españolas, que las enfermedades han existido siempre y están de acuerdo en que últimamente ha aumentado la percepción global de la prevalencia de las mismas. No obstante, a diferencia de las TS españolas, consideran que esta variación en la percepción de riesgo se debe a una propagación masiva de las enfermedades durante los últimos años (sobre todo en España) y no a un desconocimiento previo de las enfermedades.

“¿Ahora que pasa? todas las enfermedades se han extendido más y tengo entendido que España es el país donde más...”

C: Es que hoy en día la enfermedad se extendió más. Antes, antes... el sida tiene mucho tiempo.

La mayoría de ellas admiten que las enfermedades “han existido siempre” y que atribuyan el hecho de no haberse infectado a la “suerte”.

Indagando en las causas de esta rápida diseminación que se ha dado en los últimos años, una de las participantes habló de la decadencia moral de la sociedad.

C: el mundo esta muy pervertido, hombres con hombres... quizá antes era más fácil.

G: descarados (...) Como ellos pican acá, pican acá, les da igual... ya está. Porque todo esto es una cadena.

Las participantes latinas muestran un nivel relativamente alto de conocimientos en relación a la variedad de enfermedades, pero no obstante, menor que el de las TS españolas. Las participantes conocen muchas enfermedades siendo el tema de los tratamientos farmacológicos disponibles menos conocido. Ilustrativo en este sentido ha sido el debate que surgió en torno a las vías de transmisión de las verrugas.

MD: Cuando hablamos de enfermedades, de qué hablamos en general?:

G: no solamente del sida, ¿eh?

S: sífilis, gonorrea...venéreas.

G: pero la peor es el sida.

J: éstas tienen cura...

G: por esto te digo, porque el sida no tiene cura, el resto sí.

C: la hepatitis,...la verruga es contagiosa?

G: hay algunas que sí... es que hay verrugas que son contagiosas y otras no.

S: si sangran sí.

C: si se rascan se pegan...

Las TS rumanas diferencian también entre “antes” y “ahora”, asignando al “antes” una prevalencia menor de enfermedades a diferencia del “ahora” y el “aquí”, donde hay “*mucha gente enferma*”. Según una de las participantes, esta diferencia se debe al hecho de que en el país de origen hay menos enfermedades que aquí, puesto que según ella, el entorno multicultural catalán tiene como efecto la concentración de enfermedades “*de todo el mundo*”.

Este grupo poblacional revela un conocimiento moderado de las enfermedades y vías de transmisión. En este subgrupo destaca la normalización de algunas prácticas (erróneas) tradicionales de prevención de las enfermedades. Una de las participantes refirió por ejemplo a los antibióticos administrados por vía vaginal como un tratamiento preventivo para la infección de ITS.

“Los antibióticos se pueden tomar y no se pega nada. Dos antibióticos por ejemplo, después de rapport (relación sexual) rápido (...) y no se pega nada. Una copita de whisky y de seguro que no se pega nada. El hombre también tiene una pastilla que se puede montar en la punta del pene”

Las TS africanas parecen diferenciar entre *antes* y *ahora*, pero en el sentido contrario que las TS de Rumania, asignando al país de procedencia una prevalencia mayor de enfermedades – en concreto de sida- que al país de acogida.

Parece ser que este subgrupo tiene el menor conocimiento en relación a las ITS, que se resumen, en la mayoría, a los casos de sida. No obstante, la información que tenían las participantes sobre esta enfermedad no era muy extensa, llegando a afirmar una de ellas que, pese a la mediatización del sida, no sabía lo que era exactamente y cómo se contagiaba.

“No sé qué...La gente dice “VIH, VIH” pero no sé como se coge”

Analizando la percepción de las enfermedades a nivel general, nos parece importante destacar aquellos elementos que tienen más relevancia en cuanto a las prácticas sexuales de riesgo: las informaciones erróneas respecto a las vías de transmisión de las ITS y el nivel de internalización respecto a la enfermedad.

El discurso de una de las participantes españolas reveló información errónea en relación al VIH, al decir que el virus no se puede transmitir cuando “se tienen los anticuerpos” si no cuando “se tiene el sida”.

En cuanto al riesgo de transmisión implicado por el sexo en grupo, hay un debate, ya que algunas de las participantes afirman que, debido al número elevado de parejas sexuales durante el acto, es difícil controlar el uso del preservativo. No obstante, otras consideran que el riesgo no existe, ya que es la mujer la que coloca el preservativo a cada hombre antes de la penetración. Remarcamos también que a esta práctica se han referido sólo las TS españolas, las de otras categorías poblacionales han afirmado que no han mantenido este tipo de práctica y han manifestado a la vez una cierta indignación.

B: Se utiliza siempre, igual que hay sitios donde hacen intercambios de pareja. Hay muchos sitios, yo voy a veces, y se utiliza. Yo no voy mucho, pero se utiliza. Y cada vez que estas con una o con otra, se cambia.

Cada uno lleva su preservativo. Yo! . Cada uno luego, ya:.... Yo hablo de mi misma.

(...), se controla igual

F: no, no, no...por mi yo lo veo: en una cama redonda hay mucha gente y tú no sabes... no puedes ver cada segundo si se lo pone o no. A lo mejor te puede decir: "¡acabo de ponérmelo!" Y a lo mejor hace un momento ha estado con otra...

C: Pero yo se lo quito y le pongo otro. Lo controlas igual!

L: En una cosa de esta, aunque el hombre dice que se lo pone y se lo quita, yo se lo pongo yo. Yo.

F: En una cama redonda hay un montón de tíos.

Ha sido esta la única información errónea referida, dentro de las integrantes españolas del grupo focal. Algunas de las TS de América Latina consideran por ejemplo que el sexo oral desprotegido implica un riesgo de transmisión, pero no tanto de ITS sino de "enfermedades en la boca".

".. yo pienso que hacer francés sin condón puedes coger una cosa en la boca , si..

(...)

y entonces este agua transparente, si el hombre tiene alguna enfermedad. Pero es peligroso. Porque se puede coger enfermedad en la boca, porque en Brasil ya pasó esto: ha cogido enfermedad en la boca porque ha hecho francés sin goma; es muy peligroso también hacer francés sin goma...yo no aconsejo"

El "beso negro" (anilingus) es otro ejemplo de práctica sexual cuyo riesgo está infravalorado.

G: pero hay quien quiere el beso negro...allá ¡¿que puedes pillar?! (Pregunta retórica) allá no se utiliza el preservativo.

En relación al sexo oral también, una de las participantes de origen africano demostró falta de conocimiento relacionado con la probabilidad de infección durante el sexo oral practicado por el hombre a la mujer al preguntarle a la moderadora si al mantener este servicio sin preservativo se puede producir una infección por ITS.

"pero, una cosa... ¿puedo preguntar, no? Cuando tío esta chupando la chica...pero,.. No puede contagiar el sida, ¿no?"

Las TS africanas no ven el sexo anal como un vía de transmisión, a diferencia de las TS latinas y las españolas (las de Europa del Este -Rumania- no han opinado, ya que han manifestado no ejercer esta práctica sexual).

“yo creo que menos (uso del preservativo), porque creen que allí (sexo anal) no se contagia nada. Es lo que piensan”

Algunas prácticas que no implican la penetración parecen estar también infravaloradas en cuanto a la probabilidad de transmisión. Según una de las participantes algunas de las TS utilizan vibrador sin preservativo con clientes y luego, sin lavarlo, lo utilizan ellas mismas.

*“Y son cosas (vibrador) que en ese trabajo corren un riesgo de contagiar enfermedades porque el mío es como..... es como cuerpo al tacto, es de los más caros y por esto los servicios que hago con este vibrador los cobro caro; y si entonces viene un maricón y quiere que lo folles tú, lo usas; entonces si le pones preservativo el dice “no, que no lo siento”. Igual que los hombres que quieren follarse sin goma y no sienten. Entonces lo tienes que lavar y usar sólo con ellos.
.... siempre hay que quieren que tu también lo uses; entonces lo tienes que lavar primero con agua caliente, después le pones el preservativo. No... no lo puedes usar como él lo ha usado”*

Respecto a las creencias acerca de las causas que hacen que los seres humanos enfermen y particularmente, contraigan enfermedades víricas, podemos hablar de un continuum en donde las TS españolas son las que más control interno atribuyen al hecho de enfermarse (la infección se produce por culpa de la persona), seguidas por las latinas en un segundo lugar, las de Europa del Este en tercer lugar y las TS de África en último lugar (hay causas externas al individuo que hace que este se contagie).

Para las TS españolas las prácticas de autocuidado de la salud son decisivas a la hora de evitar una infección. Según una de las participantes, la TS que se ha infectado con alguna ITS *“no ha hecho algo bien”, “no ha puesto el preservativo”*.

*A: Si se pilla algo es que algo no se ha hecho bien.
F: porque no ha puesto el preservativo!*

En la cristalización de la actitud general frente la enfermedad, el factor decisivo es la existencia de tratamientos curativos: si estos existen, la actitud es constructiva. En el caso que no exista, la actitud es de miedo hacia la enfermedad y rechazo del contacto sexual con una persona portadora de esta enfermedad (en el caso que la enfermedad sea transmisible por vía sexual). El caso más ilustrativo es el del sida; la mayoría de las participantes afirman que no aceptarían tener un contacto sexual con una persona seropositiva y que estar infectadas les “cortaría” a la hora de expresar su sexualidad.

*C: Si tiene el sida no me acuesto con él.
Varias: No me acuesto con alguien con el sida.
L: ...es que ya no me acuesto con él.
C: con goma, o sin goma.
Yo si tuviera el sida yo no lo haría. No lo haría sin goma. Y quizás me cortaría mucho ya la sexualidad, me entiendo. Porque ya estaría más preocupada,...con mi salud!*

El nivel de internalización de las TS latinas y de las TS rumanas es menor, muchas de ellas consideran que el azar juega un papel importante, aunque no fundamental.

S: te digo una cosa: yo, gracias a Dios, todos los años que trabajé sin preservativo sólo una gonorrea me pasó.

M: cómo crees que ha pasado esto, que has cogido solo una gonorrea? Has sabido con quien ir, o cómo?

S: No, porque uno no escoge; porque uno está por la plata; en esos tiempos que no se oía hablar del sida (...)

C: ¿pero qué pasa? la suerte nos ha acompañado... (...).Y lo que pasa es que no me pasó nada.

MD: y depende de uno pillarlas o no, es algo que está fuera de nosotros?

J: de uno yo creo; que si nosotras no nos protegemos...

S: que si nosotros no nos protegemos, ¿quién nos va a proteger? (pregunta retórica) (...) Si nosotras no nos protegemos claro que vamos a tener cualquier de esas enfermedades.

J: no es ni el destino, ni nada. ¡Nosotros!

E: Pero a ver...por mucho que te protejas y utilices el preservativo y ¿si el preservativo se te rompe?

G: Pero hay que tener mucha mala suerte para que con sólo ese te coja la enfermedad...

Las TS africanas consideran que en el proceso de enfermarse, un papel muy importante lo pueden jugar las fuerzas ocultas a lo que se puede llegar a controlar mediante prácticas llevadas a cabo por los “*curanderos*”, “*médicos tradicionales*” de su pueblo. Según ellas, los *curanderos* inician sus prácticas a demanda de una persona que quiere ejercer su voluntad sobre otra persona. A petición externa, los *curanderos* tienen el poder de enfermar a la persona y de curar enfermedades. No obstante, según las participantes no tienen el poder de prevenir.

Según las participantes, estos rituales son muy frecuentes en sus países de origen, sobretodo en Nigeria. Todas las participantes presentes creen en la eficacia de estos rituales, pese al hecho que hay una gran reticencia a la hora de hablar del tema y cuando lo hacen han insistido en que no hablan de experiencias propias.

Resumiendo la visión general de las participantes frente las enfermedades, podemos concluir que pese a la variabilidad marcada por el país de origen, las participantes mantienen un acuerdo casi unánime en cuanto al hecho de que “*el mundo de la prostitución es un mundo donde te arriesgas la vida, donde te pueden enfermar*”. La consecuencia de esta creencia es que las TS consideran a los clientes como potenciales enfermos, potenciales portadores de una de las muchas enfermedades.

Es importante subrayar que la única diferencia respecto a esta creencia la encontramos en el grupo de TS españolas, que consideran que el cliente fijo, de toda la vida, es una excepción y que en este caso se puede tener la certeza de que él no tiene ninguna enfermedad. Las condiciones para que un cliente cumpla con los requisitos de “*cliente fijo de toda la vida*” no son fáciles ya que han de pasar muchos años durante los cuales tanto el cliente como la TS han de demostrar que se merece la confianza del otro.

C: Yo tengo un cliente fijo de (hace) 20 años; anda que no le voy a tener confianza! y he tenido de 4, de 10, de 18.

F: sí, sí, si...a la larga pero en principio no.

L: Al principio no!

M: ¿Y esta confianza que aparece, como surge?
C: Pues como todo, con amistad, poco a poco, a base de tiempo, de todo.
M: ¿Con un cliente de confianza se hacen cosas especiales?
C: Alguna vez he hecho de conejillo de indias a alguno,...

En general estos clientes son españoles, de edad avanzada. La relación va más allá de la relación comercial, ya que él “te lleva a su casa, te enseña”. La mujer también tiene que llegar a ganar la confianza al cliente, entre los requisitos que la mujer ha de cumplir para conseguirlo están los de no ser conflictiva, no consumir drogas, ser afectiva y tener paciencia.

F: sí, si pero tiene que pasar.
C: mucho tiempo!
F: claro...depende también qué tipo de cliente, de persona es.
M: es decir no es tan fácil encontrar un cliente de confianza.
B: No, no es tan fácil.
L: de confianza no hay.
C: si que hay algunos pero no es nada fácil encontrarlos...
C: La gente mayor se acostumbra, es de rutinas, ya tiene confianza entonces..... Pero hay confianza.
L: sí, aquello que te conocen.
F: saben como piensas, que no va a tener problemas contigo... Es el clásico mayor.
L: que tienes paciencia con él, que eres muy cariñosa.
F: exacto, cariñosa...
D: Pero sólo pasa con gente mayor.
A: Gente mayor...
F: que no te drogas, que no le vas a buscar problemas... te coge confianza, te lleva a su casa, te enseña todo...

Este tipo de cliente es difícil de encontrar, sólo una de las participantes reconoce que actualmente tiene clientes así.

C: hoy en día tampoco hay clientes fijos, ¿eh..?
F: sí, yo tengo dos...
L: Hay pocos clientes fijos, hay pocos.

Parece ser que este concepto de cliente fijo no es compartido por el resto de TS. Si para las españolas, ser “fijo” era una garantía de la ausencia de ITS, para las de Europa del Este, las de África y las de América Latina, “fijo” se refiere sólo a la garantía que el cliente solicitará sus servicios de forma constante y que por lo tanto tienen una fuente fija de dinero. Pero este tipo de relación no implica la confianza de la que hablan las TS españolas.

L: Confianza porque estaba seguro que yo puedo cobrar de este hombre siempre un poco más. Pero sin preservativo no.
... pero bueno, la confianza es que tu sabes que ese cliente va solo contigo. Y partir de muchos años tu lo puedes saber si sí o no... Pero si va de flor en flor, tienes que ponérselo igual.

MD: pero, ¿hay clientes que son de confianza, con los que no es necesario utilizar el preservativo?
S: no...
E: para mí tampoco.

b) Gran demanda de servicios sin preservativo en el ámbito laboral

El otro eje fundamental del discurso que justifica una percepción alta de riesgo en relación a los contactos sexuales comerciales **es la gran demanda de servicios sin preservativo existente en el ámbito laboral**. Esta realidad amplifica de una forma indirecta la percepción de riesgo ya que el peso de la prevención no está compartido si no que recae únicamente sobre la TS.

A nivel general, el 36,7% de las participantes afirman que en más de la mitad de los servicios las demandas son de prácticas sexuales desprotegidas, sin que se hayan registrado diferencias significativas entre las 4 categorías poblacionales.

Las TS caracterizan a este perfil de cliente como fácilmente identificables y también como problemáticos. A estos clientes “*los conocemos ya que los ves andando todo el día hasta que encuentran a una que lo haga sin preservativo*”. Son en general clientes habituales de los servicios sexuales que insisten en encontrar TS dispuestas a satisfacer su demanda. Parece ser que incluso llegan a conocerse entre ellos con el fin de intercambiar información que les ayude a identificar a las TS que mantienen contactos sin preservativos.

“Porque ellos, si vienen de mucho tiempo en esta calle y conocen esta calle, conocen también a las chicas. Porque se hablan entre ellos: “Esta si la subes arriba y le dices “Mira te doy mil euro y no quiero con el condón”, esa te coge, te pega y te hecha a la calle con todo tu dinero. A esta no la coges que esta mala, cógela a esta que hace sin condón.. Esta mejor que la otra, mas buena, mas cariñoososa, suuube, no te pone el condón, no te hace nada. Ves coge a esta, yo te digo, te doy un consejo, estas mi amigo,.. no se que...”

Como argumentos de esta demanda, algunos hablan de la disminución del placer físico, mientras que otros hablan de la imposibilidad de mantener la erección e implícitamente el contacto sexual. Es el caso de los clientes que presentan disfunciones eréctiles, de los que han consumido antes del acto sexual cocaína o de los clientes cuyo pene es demasiado pequeño para colocar el preservativo.

MD: y cuando tiene problema con la eyaculación... ¿influye de alguna forma en el uso del condón?

C: es más difícil convencerlo

... claro, es más difícil...

MD: ¿piensas que hay muchos clientes así?

J: Sí, un montón,...no se les levanta.

S: sí, hay algunos que se les para,... (otros) que es normal, se levanta y se corre normalmente; pero hay algunos que les cuesta levantarse la polla; y hay algunos que se levanta pero no se puede correr; depende de la sangre.

Analizando los argumentos ofrecidos por los clientes, las TS emiten la hipótesis que la falta de placer sexual invocada por los estos es una *profecía autocumplida*: el simple hecho de pensar antes del acto sexual que utilizando el preservativo no sentirán el placer físico les impide sentirlo y posteriormente, les reconfirma su creencia.

“...es que llevan esto aquí en la mente, “que ahora llevo el preservativo”.. si, lo llevan clavado aquí (mostrando la cabeza): “ahora llevo el preservativo” y se le viene abajo...porque igual le pones este que te digo de la piel, le puedes chupar, le puedes hacer de todo, le sigue levantada; le pones el rojo allí, lo ve enseguida y se le baja”

Las TS oponen esta categoría al “cliente ideal”, el que “no te pone problemas y acaba rápido”. Este cliente puede llegar incluso a traer su propio preservativo, al querer asegurarse que éste no está roto o caducado. Haciendo esta diferenciación, las participantes hablan de varios criterios según los cuales se puede distinguir entre los clientes: la edad, el país de origen, el nivel de educación, el tipo de servicio demandado, el estado civil, tamaño del pene.

Parece ser que los clientes de **más edad** son los que más piden sin preservativo, a diferencia de los clientes jóvenes que a veces vienen con su propio preservativo.

C: Que cojas la goma a la primera, hay muchos jóvenes así, pero los mayores no. Hay jóvenes que no permiten ni siquiera que se lo chupes sin goma.

...Y gente mayor que no le gusta y te pide sin goma...! (voz de indignada)

Normalmente la persona mayor es la que pide sin goma.

S: ¡...más fácil utilizan el condón los jóvenes que los viejos!

S: un viejo es un problema para ponerle el condón.

I: un viejo te pone miles de pegas.

G: sí, un viejo es un drama (tono de broma).

La explicación adicional proporcionada por las participantes remite a los hábitos sexuales adquiridos a lo largo de la vida por estos clientes: según ellas, al mantener relaciones sexuales sin preservativo durante la mayoría de su vida, es difícil integrar el uso del preservativo.

El país de origen es otro criterio diferenciador: los clientes provenientes de espacios culturales donde no se promueve el uso del preservativo demandan más relaciones desprotegidas que los que han vivido en un entorno que fomenta su uso. Así pues, la diferenciación se hace entre los clientes europeos con los que la negociación del preservativo no supone un problema (clientes provenientes de Francia, Alemania, países nórdicos etc.) y los clientes provenientes de países árabes (Pakistán, Marruecos, países Africanos etc.), con los que “*tiene que hacer un curso y todo para que entiendan*”.

C: Sí, pero los moros no quieren...

V: Los moros siempre quieren...problemas.

L: Y lo hacen por el culo.

C: Son como los conejos. Si te descuidas, uno detrás del otro, “¡eh, para, para!”.

V: Los moros son difíciles.

MD: ¿Y los pakistaníes...?

B: Yo conozco tres o cuatro.....y piden más el culo. (En voz baja)

D: Con preservativo.

V: Sin goma, sin goma. Algunos sin goma.

L: Hay de todo.

(...)

C: Todo esto es la función de cada país en que viven ellos.

D: hay muchos pakistaníes por ejemplo que no están acostumbrados a usar el preservativo y es muy difícil.

Sobretudo los jóvenes. Pakistaníes normalmente muy difícil quieran utilizar preservativo.

Dentro del colectivo de clientes españoles, el criterio que marca la diferencia es la edad, haciéndose la distinción entre los “*viejitos*” y los “*jóvenes*”, distinción descrita anteriormente.

El **nivel de educación** del cliente suscita un cierto debate: algunas de las TS consideran que los clientes con alto nivel cultural no problematizan en absoluto el uso del preservativo, mientras que otro subgrupo considera que justo “*los más educados son los más raros*” y que dentro de su “*rareza*” puede entrar también la demanda de servicios sin protección. Es posible que este criterio interfiera con el de estatus socio-económico, ya que la participante que refirió a los clientes educados como no problemáticos trabajaba en un piso cuya clientela son en general “*ejecutivos y gente así que trabaja por Eixample*”, mientras que la participante que refirió a estos clientes como problemáticos hablaba de los “*frikys*” que te puedes encontrar por Internet.

En cuanto al tipo de **servicio demandado**, parece ser que hay un gran porcentaje de clientes que demandan como servicio sin protección el sexo oral previo a la penetración consintiendo que la penetración se haga con preservativo.

Otra variación de esta demanda es cuando el cliente insiste en no utilizar el preservativo en los juegos previos a la penetración, como por ejemplo frotar el pene de la vagina o incluso, realizar una penetración rápida y superficial sin preservativo.

Otra categoría es la de los clientes que quieren únicamente un servicio oral sin preservativo. Nos parece importante señalar que este servicio está bastante extendido, ya que en algunos establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual aparece en la lista de servicios como “*francés sin*” (servicio oral sin preservativo) y “*francés completo*” (servicio oral sin preservativo en el cual el hombre eyacula en la cavidad bucal de la mujer).

En cuanto al **estado civil** del cliente, hay un debate: algunas de las participantes consideran que es irrelevante a la hora de diferenciar entre los cliente que quieren utilizar el preservativo y los clientes que no quieren, mientras algunas otras señalan que los casados o los que están en una relación estable tienden a utilizar más, por miedo de no infectar a la pareja.

Para la gran mayoría de las participantes la creencia anteriormente descrita conforme a la que “En el mundo de la prostitución corren muchas enfermedades”, junto con la comprobación empírica personal de la existencia de una gran demanda de servicios sexuales desprotegidos son argumentos suficientes para que tengan una **alta percepción de riesgo de ITS** a través de los contactos sexuales comerciales. No obstante, parece ser que hay algunas **excepciones**, algunos casos donde esta percepción puede disminuir, hasta desaparecer completamente.

En general, esta disminución está relacionada con algunas características concretas de las TS. Parece ser que la **enfermedad mental** es un factor que puede influir: una de las participantes evidenció el caso de una conocida suya que, al padecer un trastorno mental, no percibía los riesgos que podría correr al no utilizar el preservativo en sus contactos sexuales comerciales (TS española).

M: ¿tenía información sobre las enfermedades que se pueden coger?

V: No, porque tiene síndrome. Esta disminuida. Ella no está muy bien de la cabeza, así que no se enteraba mucho.

Otro caso es el de las **TS que son portadoras del VIH**. Parece ser que debido a la falta de información, algunas de ellas no sabe que se exponen a una nueva infección por ITS al mantener relaciones desprotegidas.

“Es que algunas ya lo tienen y por esto no se cuidan. Ya para qué...”

S: claro, claro...

J: Como que dice: ¿si me contagiaron a mí, para qué...?

S: claro.

El **consumo de alcohol y de drogas** también puede disminuir la percepción de riesgo. En el caso de las drogas se considera que hay una relación inversamente proporcional entre la cantidad consumida: a más consumo, menos percepción de riesgo. El consumo de droga parece ser más frecuente entre las TS de Europa del este y sobre todo entre las TS españolas.

C: Si te tomas una botella de cava o una de whisky, y te pones hasta el culo... pues...

A: ... que hay más riesgo de que no se use preservativo si ha tomado alcohol.

L: hombre, está muy claro.

C: claro, si va uno más loco.

F: claro, imagínate...

MD: ¿ En estos momentos la chica se puede olvidar de todo?

C: de todo, sí.

L: hasta de cobrar (tono de broma).

La **experiencia en el trabajo sexual** es otro factor que podría influir, especialmente en el caso de las TS extranjeras, que vienen de ámbitos culturales donde no se han beneficiado de una educación en temas de salud sexual. En el caso de las TS españolas, esta diferencia se explica en base a la propensión al riesgo como características de la edad joven.

C: ...la experiencia es una garantía,... como todo. No puedo generalizar pero la experiencia no es lo mismo.

La gente joven es más loca, menos consciente, menos... Posiblemente se va con uno que no le agrada que lo pongan,.....

L: El primer día sí, pero luego yo creo que se lo pondrán.

Resumiendo, podemos concluir que pese a una alta percepción general de riesgo, en cada subgrupo poblacional encontramos situaciones particulares en donde ésta se distorsiona: en el caso de las TS españolas la disminución de la percepción de riesgo está asociada al cliente fijo

y al consumo de sustancias; en el caso de algunas TS de Europa del Este a la creencia que una posible infección podría ser evitada a través de remedios tradicionales de cura, así como también al consumo de drogas; en el caso de las TS africanas a la falta de información relacionada con la variedad de ITS y vías de transmisión de algunas de ellas y en el caso de las TS latinas, a la información errónea acerca de las vías de transmisión de algunas ITS en concreto.

3.1.2.2.2 **Ámbito de la vida privada**

Si en el ámbito laboral, la “amenaza” la constituía la enfermedad y las dificultades económicas, en el espectro de la relación de pareja, la amenaza la constituye **aquello que podría alejar la relación de pareja de ese modelo idealizado**, que se sostenía en el amor, la confianza y la satisfacción sexual. Las TS estiman su satisfacción marital / de pareja, según la conformidad de la relación con este modelo y todo aquello que es disonante con el núcleo de éste es interpretado como una amenaza a los beneficios afectivos y sexuales referidos anteriormente.

Nuestro análisis puso de relieve que hay dos elementos principales que son incompatibles con ese modelo y que consecuentemente “amenazan” la satisfacción de pareja/ marital:

- A. El propio estatus de trabajadora sexual
- B. La infidelidad sexual de la pareja

La relación de pareja y el trabajo sexual

El modelo romántico idealizado que comparte la mayoría de las TS es incompatible con el trabajo sexual: según ellas, si una mujer tiene una relación de pareja auténtica, caracterizada por el amor, la confianza, proyectos de futuro comunes, etc. no podría ejercer también el trabajo sexual porque ni ella, ni la pareja estarían de acuerdo.

“A ver, si yo tuviese una pareja y estuviese enamorada es que no trabajaría en esto. No podría yo venir a acostarme (pauza) con hombres y después ir a hacerle el amor a él”

La relación en la que el hombre consiente esto se considera una relación pasajera en donde puede haber amor, pero no hay un proyecto común de futuro, no hay matrimonio: *“una relación...porque algo más no está. No estás casada con él, no tienes ningún futuro. Hoy, puede estar 5 años con él y después ya está”*. Consideran que en estas relaciones se llega al amor, pero más por parte de las mujeres que de los hombres.

“... pero hablamos la verdad, un marido que sabes que es un marido nunca acepta que su mujer se ponga a trabajar como una puta. Es muy diferente un marido de una pareja “

L: Porque un marido que deja a su mujer, que tu sabes que tu tienes niños y hacía vida con ella y que sienta 24 horas en la calle a trabajar como puta, te vas la mierda, que no, tu no mai estas marido, estas chulo.

MD: ¿Entonces cuando hablamos de la pareja no hablamos en general del marido sino hablamos de una pareja...?

L: Una relación... porque algo mas no esta. No estás casada con él y no tienes ningún futuro. Hoy, puede estar 5 años con él y después ya está.

MD: ¿Hay amor?...?

L: hay amor, es normal porque entonces no podrías estar tantos años. Yo me imagina una, no se las otras.

P: Seguro.

V: Sí hay.

M: Sí, pero creo que mucho más de parte de la chica, no de ellos.

En esta línea, una de las participantes afirmó que el hombre que quiere de verdad a una TS la “saca del puterío”, insistiendo que es muy difícil encontrar este tipo de amor.

“.....los que más quieren a la mujer... a la mujer que trabaja ... de...de .. (risa y a la vez mostrando vergüenza) en eso,... de puta, - así de claro para llamarlo vulgarmente- , los hombres que te sacan del puterío son los que más te quieren”

Algunas participantes españolas lo confirman, añadiendo que la pareja que consiente el trabajo sexual no sólo prueba que no quiere a la mujer sino que se convierte también en un “chulo”.

“..El marido a la mierda. ¿Qué me deja putear? ¡A tomar por culo!

... es que un hombre que te deja putear ya no te quiere. Es que un hombre que sabe que estas en este ambiente y lo admite, sabiéndolo tu que también lo sabes, y por ejemplo si supiera que mi marido lo sabe y me admite que estoy en esto - entonces a mi no me quiere mi marido. Para mi, mi marido sería un chulo. Porque que un hombre que sabe que estas trabajando en esto y se calle y lo sabe y lo admite y esta esperando que llegues a casa para recoger el dinero es un chulo”

Una de las participantes españolas discrepó con esta opinión, considerando que el trabajo sexual de la mujer puede ser una solución a la falta de dinero, consentida por los dos, solución que se aplica después de que el hombre ha intentado sin éxito encontrar un trabajo. El análisis cuantitativo reveló el hecho que esta participante era la única participante que no presentaba auto-discriminación en relación al trabajo sexual. Siguiendo el debate, una de las participantes le replicó que “este es un error de juventud que yo lo he pagado”.

Concluyendo podemos suponer que para la mayoría de las participantes, el ejercicio del trabajo sexual es incompatible con el papel que tiene la mujer dentro de ese modelo idealizado de relación. A la vez, las participantes interpretan la aceptación del estatus de TS por parte de la pareja como una muestra de falta de amor y de compromiso, en definitiva, como una prueba de que la relación que mantiene no está a la altura de ese modelo idealizado.

La infidelidad sexual

El otro elemento que podría constituir una prueba de que la relación de pareja se aleja de su modelo *idealizado*, es la infidelidad sexual de la pareja. La infidelidad sería la prueba de que la confianza ha sido traicionada, y una vez traicionada, queda patente el fracaso amoroso.

La mayoría de las TS dicen que la infidelidad les produciría indignación y las “obligaría” a una toma de posición. La “toma de posición” podría ser abandonar a la pareja, vengarse o agredir físicamente a la pareja o a la mujer con la que el hombre ha cometido el acto de infidelidad.

C: ¿Encima te ha puesto los cuernos?

V: le han entrado, le han entrado: mujer de la vida a él.

C: ¿y porque?

V: para subírselas.

C: pero si saben que esta contigo...

V: la mujer de la vida le da igual. Mira con una de las morenas de aquí me enganché de los pelos. Porque lo cogió y el estaba andando por robador. (...)

[Discusión]

(¿Y qué dice tu marido en esta situación?)

B: Nada, se le parte la caja, se ríe.

V: de matar no me mata, es un decir. Matarme nunca, porque yo he llegado a levantarle la mano a él porque se ha ido con una mujer de la calle.

La única excepción contundente, son aquellas TS de África que naturalizaban la infidelidad del hombre; para ellas, el hecho que la pareja tuviera una relación sexual fuera del matrimonio no constituiría un problema. Algunas TS de America Latina y las TS de Rumania afirmaron que a ellas, la prueba de la infidelidad de la pareja les ofendería y les dolería, pero no abandonarían la relación. Admiten no obstante que sería una desilusión, que las lastimaría emocionalmente.

M. Pero pensemos en una situación: ¿Qué es lo que preferirías, encontrar un condón en su bolsillo y.....va con la chica y utiliza el condón o no encontrarlo pero tener la sospecha que podría ir?

J: Es que te vienen las dos cosas.se cuida para que no te pase una enfermedad, pero.....Tu no sabes..... Pero no solamente es por tus hijos, por hacer una vida mejor, tener una vida mejor allá y.... que venga y te haga esas cosas, duele, duele aunque.....sepas que se cuida...tu estas trabajando y el otro.....te pone los cuernos, para eso me quedo sola.

S: Hay una rebaja, pues.

M: ¿Si tú encuentras un condón en su bolsillo?

(discusiones fuertes)

S: a mi me ofende...

En cuanto a la valoración subjetiva de las posibilidades reales **de infidelidad** por parte del hombre, señalamos una contradicción entre la estimación de la probabilidad que los hombres sean infieles en general, y la probabilidad que lo sea la propia pareja.

La mayoría de las participantes, consideran que “*los hombres son infieles por naturaleza*”, pero respecto a la propia pareja, **dudan** de la infidelidad de éste, bien porque consideran que su caso es una excepción, bien porque no disponen de “pruebas” contundentes.

L: Yo lo llevo muy bien porque...yo pienso que mi marido no va con nadie. Yo lo tengo clarísimo que mi marido no va con nadie.

C: Pero no hablamos de ti, lo decimos en general.

L: Pero se puede salvar alguno.

Hay pocas TS que “podrían la mano en el fuego” por la fidelidad de su pareja; la gran mayoría dudan, aparentemente por la falta de “pruebas”; no obstante casi un 75% de las participantes han declarado que “*en el fondo las mujeres sabemos que nuestras parejas van con otras pero*

no lo queremos ver”, lo que nos hacen pensar que en realidad las TS **no quieren** contemplar la posibilidad de que la pareja le es infiel.

G: Los hombres tienen un coño acá, un coño... A mi me parece que tienes que desconfiar más de tu pareja que de los clientes... es que no sabes donde va cuando sale de tu casa.

E: No te confíes ni en tus calzones.

MD: ¿esto de ir con otras mujeres es una característica de los hombres en general?

C: Sí, claro.

I: La mayoría.

F: sí, sí, es así.

F: Si les da la calentura por meterla en algún sitio, lo que pillen (risa)...

C: El hombre ya por naturaleza es así...

L: porque nada más por el sexo por el sexo, por el sexo.

B: esto que acaban de tener un niño (media indignada).

MD: ¿Y las mujeres son consciente de esto?

L: nooo. Claro... todos los hombres te quieren engañar; de una forma o de otra todos, todos.

F: Sí, por aquella pequeña desconfianza que siempre tienes que el hombre puede ir. Te lo planteas, pero el hombre... que un día se puede escapar porque cualquier hombre, cualquiera te pone cuernos, siempre hay esto...

La creencia que “los hombre son infieles por naturaleza” se fundamenta en varios argumentos. Uno de ellos es que, a través del trabajo sexual han visto muchos clientes casados o en pareja y han interpretado la demanda de servicio sexual como un acto de infidelidad. Generalizando, han concluido a raíz de los años de experiencia que la infidelidad es algo inherente a la naturaleza del hombre.

L: porque lo vemos, lo vemos que vienen a follar con nosotras... pero yo, como estaba trabajando en la calle no podía tener confianza.

J: También te planteas, porque tú ves que los clientes vienen de todo: casados, solteros... Entonces tu marido también, él tiene pareja, lo mismo que los clientes que vienen que tienen mujeres, también te planteas que tu marido,....tu pareja.... Eso es verdad También te enseña eso. Porque los clientes que vienen todos no son solteros, ni todos son viudos, ni todos son....., la mayoría son casados.

S: Sí.

M: Entonces tú piensas que como la mayoría de los clientes son casados, también...

J: Tu marido puede hacer lo mismo.

En esta línea, las TS latinas afirmaron que el varón de América Latina es incluso más infiel que el español y que mientras la infidelidad del hombre español se debe a su insatisfacción sexual en la pareja, la infidelidad del hombre latino-americano se debe a la necesidad de diversidad y por lo tanto es muy difícil luchar contra ella.

N: y el..... estando borracho, cualquier mujer se le pone se va a la cama.

C: así son los sudamericanos.

M: los españoles son lo mismo.

C: No tanto como el sudamericano. ¿El español por qué engaña? El español engaña la mujer porque no le da lo que le da una de nosotras.

G: Perdón, yo a mi marido, escúchame, hasta le doy el culo y la oreja. Igual me ha engañado.

N: Y la ha engañado.

C: Yo también le daba el culo y la... y todo.

G: ¿Entonces?

C: Hasta las muelas cariadas le daba y el hijo de puta...

G: Mira él dice que si no le das la cosa él sale. No, no, no. Mi marido se ha ido a pagar putas, a pagar maricones, a pagar de todo.

C: Los españoles son todos iguales.

J: El hombre sudamericano dice que tiene todo con la latina y el español dice que busca la latina por eso. Entonces el sudamericano si tiene todo, al contrario al español ¿porque nos pone los cuernos a nosotras?

J: El hombre que nació para poner cuernos que sea de cualquier nacionalidad, los va poner.

M: El hombre es infiel por naturaleza y ya está.

Otra fuente argumentativa de esta creencia es el hecho que las TS conocen casos de compañeras o amigas que se han infectado del VIH a través de la pareja.

D: Porque confianza tu no puedes tener en nada, en ninguna persona.

M: yo conozco una chica que cogió sida porque su marido, mientras ella salía a trabajar, él le puso los cuernos. (Voz de indignación)

Las participantes no niegan en absoluto la existencia de excepciones pero consideran que son muy pocos los hombres que son fieles a sus parejas. Al describir este perfil, las participantes lo describen como el hombre casado que es capaz de rechazar a una mujer que le propone de forma indirecta mantener un acto sexual.

“Hay hombres que respetan muchísimo a sus mujeres, que ha habido mujeres que se le han sobrepasado, coqueteándole porque lo han visto borracho y él ha dicho no.son contados los hombres que hacen esto porque yo he salido con amigos y amigas, y amigas que han dicho “Este hombre me gusta” y han andado toda la noche detrás de ellos, tomando y bebiendo y festejando [móvil].....yo salgo a divertirme pero nunca..... Pero son contados”

En una misma situación, el hombre “infiel por naturaleza” acabaría teniendo la relación sexual y justificar su acto externalizando la responsabilidad.

“... ellos son los que dicen que porque estaban borrachos,no se acuerdan o porque la mujer se lo regaló. Eso es lo que ellos dicen pero es una excusa porque por estar borracho no va a ponerle los cuernos.....”

El análisis cuantitativo puso de manifiesto que las únicas TS que aceptan y asumen abiertamente que la pareja puede ser infiel, son algunas de las TS de origen africano, que naturalizan la infidelidad del hombre o las TS que ya han tenido la prueba de la infidelidad anteriormente (por lo tanto hay un precedente) siendo estas últimas también las que asumen el fracaso amoroso.

“... me quedé embarazada por primera vez y él me dijo que “no...”, que tenemos poco tiempo juntos y que no tiene tanta confianza conmigo y ...entonces hice un aborto y casi un año después el cogía una chica de la calle, mi paisana, en casa de otro amigo de él y follaba con ella. Y esa chica estaba enferma de sífilis y le dio a él también y él no me quería me tocar, no nada. Y yo pensaba que él tenía relación con una chica que tenía en su pasado. Claro, yo pensaba, por eso no me toca, pero no, él tenía miedo de hacer algo conmigo para no darme (contagiarme) a mi también. Y marchaba al medico y el medico le dice que tiene sífilis pero que estaba en primera fase,...tenía muchos problemas y le daba pastillas, muchas cosas. Además yo siempre le miraba que él se picaba... ¿Ahora qué confianza le voy a tener?”

El riesgo de infección por ITS que implicaría la infidelidad del hombre, ocupa un lugar secundario en el discurso de las participantes; admiten que hay el riesgo de que las mujeres en general se infecten a través de relaciones desprotegidas con la pareja, pero lo relativizan cuando se trata de ellas mismas (excepto las participantes de origen africano que tienen la certeza de que el hombre utilizaría el preservativo en una relación fuera de la pareja).

Es importante señalar también que la posibilidad que la pareja esté infectada por alguna enfermedad vírica está asociada únicamente a una relación sexual desprotegida fuera de la pareja, sin que se tomen en cuenta otras vías de transmisión.

El único riesgo respecto a las relaciones sexuales desprotegidas es el riesgo de embarazos no deseados. Según las participantes, la prevención de embarazos está, en la mayoría de los casos, a cargo de la mujer. Parece ser que muchas de ellas prefieren como método preventivo la píldora anticonceptiva, a excepción de las TS de Rumania que pueden demandar a la pareja “el coito interrumpido” o utilizar remedios tradicionales en el caso que la eyaculación se haya producido dentro, como orinar y realizar lavados vaginales con vinagre después del acto sexual desprotegido.

“..pero hay muy pocos... yo, después de la regla le digo bueno “Lo hacemos pero dentro no dejas nada” y de tanto placer que tiene él, como se siente muy bien, se olvida y después se da cuenta, se pone la mano y dice “Ay, que he hecho, perdóname”. Yo pues tengo que ocultar lo que me ha dicho mi madre, a limpiarme, a mearme antes y a limpiarme y le digo “Que sea la primera y la última vez que olvidas”

Parece ser que estos remedios son bastante frecuentes entre las TS de Rumania, sobre todo las de etnia gitana que provienen de ámbitos culturales donde la tradición tiene un peso muy grande. También entre éstas, es donde refieren haber tenido más embarazos no deseados, seguidas por las TS de África. Este hecho podría explicar también las diferencias de actitud frente el aborto: si las TS de España y de América Latina lo viven como una experiencia traumática, las TS de Rumania y las TS de África parecen haberlo incorporado con más “naturalidad” como un acto más “normal”. Las TS rumanas incluso hablan del aborto como de un método contraceptivo cuya principal desventaja sería el coste elevado, hecho que determina a la TS a utilizar los métodos tradicionales descritos anteriormente.

“.. Y es una vida que... toda la vida lo llevas...o cuando vez dos gemelos te acuerdas. Toda la vida lo tienes...a veces....remordimientos y a veces dices “Mira que mejor nunca lo había dejado”. Pero las circunstancias..... Por eso yo digo nosotras que ya tenemos una edad....27 años,.. me costo hacerlo. Una niña de 16 años ella misma vaya que lleve su vida sola porque allí a veces tiene amigas pero a veces no tiene a nadie.niña pero con la mama....sola, todavía no esta preparada. ... yo me echo la culpa de lo que pasó, porque si yo me hubiera cuidado, hubiera usado preservativo...No, no lo pensé (que pudiera quedarse embarazada)...a los 5 años (de estar en España) estaba yo aquí sola y fría y ya me quedé en 3 meses. No lo pensé”

Concluyendo, resaltamos el hecho que, en general, la realidad de las relaciones de pareja de las participantes es disonante con su modelo idealizado de pareja. Por un lado el estatus de mujer TS es incompatible con el papel que ese modelo idealizado asigna a la mujer (desde el punto de vista de la mujer misma y según sus

interpretaciones, desde el punto de vista de la pareja). Y por otro, la infidelidad de la pareja es otra amenaza que perciben las TS; si la pareja es infiel, quiere decir que en la relación no hay confianza, siendo esta confianza un requisito básico que ha de cumplir la relación para asemejarse a este modelo idealizado.

DIMENSIÓN DEL CAMPO REPRESENTACIONAL:

Explica por qué se le atribuye al uso del preservativo la FUNCIONALIDAD referida anteriormente

Idea principal: el uso del preservativo *es la herramienta* a la que las TS acuden ante *amenazas*, que pueden poner en peligro *algo* que para ellas es *sumamente importante*, siendo los *conceptos referidos en la dimensión de informaciones, los principales indicios de este "algo"*.

Lo importante....

En el TRABAJO SEXUAL

La jerarquía de prioridades:

- **Proteger la Salud frente a ITS**
- **Ganar dinero**
- **Encontrar una pareja, entre los clientes**
- **Obtener satisfacción sexual durante los contactos sexuales.**

Los **beneficios** que buscan son **económicos** en primer lugar, pero pueden aparecer otros como **encontrar pareja** u **obtener satisfacción sexual**.

La **protección de su salud es un requisito autoimpuesto** en el ejercicio del trabajo sexual.

Encontrar una pareja (motivación subyacente: satisfacer necesidades afectivas y/o económicas) aparece en el 33,7% de las participantes.

Estos beneficios suponen un compromiso personal, puesto que el ejercicio del trabajo sexual es disonante con su sistema de valores.

En la RELACIÓN DE PAREJA

La jerarquía de prioridades:

- **Amor**
- **Confianza**
- **Satisfacción sexual**
- **Proteger la salud**

Los **beneficios** que buscan son **afectivos** y **sexuales**. Estos beneficios se obtienen si la relación es congruente con un modelo idealizado de relación de pareja. Las principales características de este modelo son:

- 1. Amor verdadero**
- 2. Confianza (fidelidad sexual).** En los casos donde no hay fidelidad, se explica por "la naturaleza del hombre", y no por falta de amor.
- 3. Satisfacción sexual** (condicionada por la compatibilidad cultural con la pareja)

El objetivo de proteger la salud es secundario.

La amenaza....

...entendida como aquello que podría hacer peligrar el objetivo de ganar dinero y proteger la salud, remite a:

- 1. El riesgo de contraer ITS,** fundado en base a:
 - a) la creencia que en el mundo de la prostitución corren muchas enfermedades.
 - b) alta demanda de servicios

...entendida como aquello que podría alejar la relación de pareja de ese modelo idealizado. Remite a:

- 1. El propio estatus de trabajadora sexual**
El modelo idealizado de relación es incompatible con el ejercicio del trabajo sexual; las mujeres viven el peso de la autodiscriminación. La aceptación de este estatus por parte

<p>sexuales sin preservativo.</p> <p>HAY UNA ALTA PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS</p> <p>2. Dificultades económicas, debidas a</p> <p>a) el descenso de la demanda de servicios sexuales</p> <p>b) el incremento de la oferta general de servicios sexuales</p> <p>HAY UNA ALTA PRESIÓN PARA CONSEGUIR CLIENTES</p> <p>Ante esta situación el objetivo de la salud pasa a segundo plano, y también la satisfacción sexual o encontrar pareja en el ejercicio de su trabajo.</p>	<p>del hombre es una prueba de la falta de amor.</p> <p>2. La infidelidad sexual de la pareja</p> <p>La infidelidad sexual de la pareja es la prueba que la confianza ha sido traicionada; esto significa el fracaso amoroso, puesto que, la confianza es un requisito del modelo idealizado. Hay un doble discurso, respecto a la probabilidad que esto ocurra: la mayoría de los hombres, <u>según su experiencia laboral</u>, son infieles por naturaleza, pero “siempre” su pareja actual es la excepción.</p> <p>La percepción de riesgo de enfermedades ocupa un lugar secundario y se inscribe en el mismo doble discurso: <i>“es muy probable que pase en general, pero poco probable que me pase a mí”</i>.</p> <p>Únicamente se menciona como riesgo, el de los embarazos no deseados.</p>
--	--

3.1.3 Nivel de actitudes

Este tercer componente de la RSP remite a las actitudes que las TS llegan a tener frente el uso del preservativo. La actitud varía según el tipo de pareja sexual. En los **contactos sexuales comerciales**, encontramos una actitud positiva generalizada respecto al uso del preservativo.

El preservativo es la herramienta que permite a las TS proteger la salud y tal como hemos visto su uso es un requisito autoimpuesto del ejercicio del trabajo sexual para preservar su salud: “El preservativo es lo mejor que hay”, el principal aliado de las TS para defenderse de las “enfermedades que corren en el mundo de la prostitución”, un símbolo en sí del trabajo sexual.

“.. Si, ayuda muchísimo...”

A mi encantó esto del preservativo.

(...) menudo invento el preservativo! Es que dices “prostitución” y dices “preservativo””

Después de entender que el “mundo de la prostitución es un mundo peligroso”, las participantes concluyen que si no fuese por el preservativo no se atreverían a trabajar. Todas comparten esta actitud, independientemente de si han conocido el preservativo antes de debutar en el trabajo sexual o no, de si lo conocían en el país de origen o no, etc.

No obstante, la actitud positiva frente al preservativo se centra sólo en el preservativo masculino. La actitud frente al preservativo femenino es predominantemente negativa, debido a su dificultad de manejo, al miedo que no puedan ser eficaces y al miedo que, al utilizarlo, el hombre podría creer que la mujer tiene alguna enfermedad.

“... a mi no me da mucha confianza, no,(...) tengo miedo que se vaya fuera, algún despiste que tengamos o algo.

(..) yo tampoco”

P: Yo quería probarlo un vez pero no...(Voz expresando la duda).

V: yo no le he probado (voz expresando el desinterés).

F: Aquel anillo te da algo que no se, así duro (mímica de disgusto)...estás pensando como lo pones, donde va entrar.

V: Y esta muy largo, muy grande. Los anillos estos son muy duros. No, no.(mímica de disgusto)

F: Sí, los anillos son muy duros.

C: ¿Y si un hombre te mete la mano y te toca esto? ¿Qué? (pregunta retórica).

(..)L: Se piensa que tienes una enfermedad. ¿O te chupa y este lubricante...?

L: Esto yo no, yo no me lo pongo.

Hay algunas TS que suavizan esta actitud considerando que el preservativo femenino presenta estos inconvenientes sólo al principio y que es una cuestión de tiempo adaptarse.

En el ámbito de la pareja, la actitud cambia de forma substancial: el uso del preservativo deja de ser una herramienta que ayuda a proteger algo preciado y se convierte en algo que podría

poner en peligro la relación de pareja. Por un lado, el uso del preservativo atraería la sospecha de la infidelidad (alguna relación no protegida fuera de la pareja), evidenciando la falta de confianza e implícitamente la falta de amor. Y por otro lado, el uso del preservativo podría **confundir los roles profesional y privado**: al utilizar el preservativo en la pareja la mujer podría dejar de sentirse “esposa” o “pareja de” y pasar a ser la mujer que presta servicios sexuales mientras que el hombre dejaría de ser “el marido” o “el novio” convirtiéndose en “cliente”. Según las participantes esta percepción es compartida por el hombre, creándose un triángulo de efectos entre la autopercepción y la heteropercepción: la mujer se siente como si estuviese ejerciendo trabajo sexual y piensa que el hombre la podría percibir como una TS y no como su pareja.

Si a todo esto, se le suma la autodiscriminación en relación al ejercicio del trabajo sexual, entendemos porque el “sentirse como si estuviera trabajando” se convierte en “sentirse como una puta”, con todas las connotaciones negativas que ellas mismas otorgan al término “puta”, para diferenciarlo de TS. Así, esta posibilidad marca negativamente la relación de pareja que se establece.

En vista de todo esto, no hablamos de que el preservativo “no sirve” en la pareja, si no que, precisamente, lo que sirve es NO utilizarlo. El no uso del preservativo se convierte en una herramienta simbólica que la mujer utiliza para dejar constancia de que no está trabajando, de que en la relación hay confianza (e implícitamente amor y fidelidad), y que, en definitiva, se trata de una relación “normal” en la que la mujer es una “mujer de casa” y no una “puta”.

A la actitud negativa que acompaña esta simbología del uso del preservativo se le suma la actitud negativa existente respecto a la disminución del placer sexual como consecuencia del uso del preservativo. Pese al hecho de no haber diferencias significativas según el país de origen, remarcamos que en el grupo focal las TS de Europa del Este y las de África son las más firmes a la hora de expresar su actitud negativa hacia el uso del preservativo en la pareja.

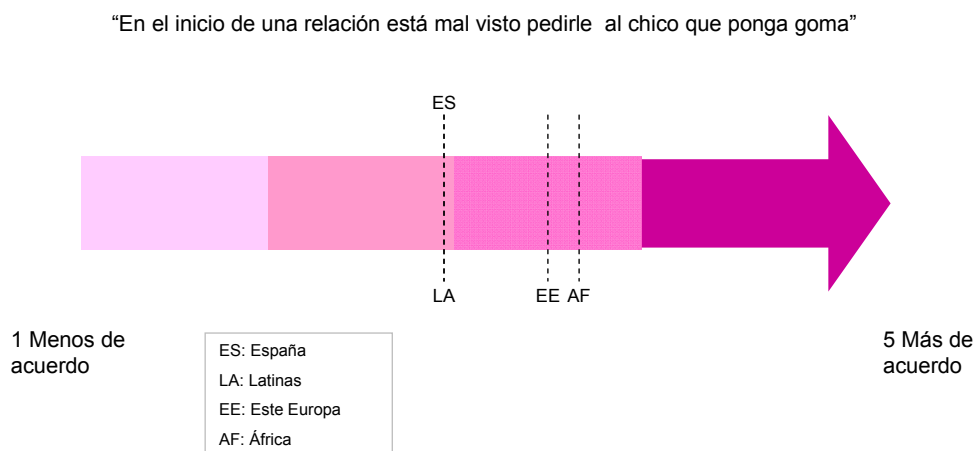
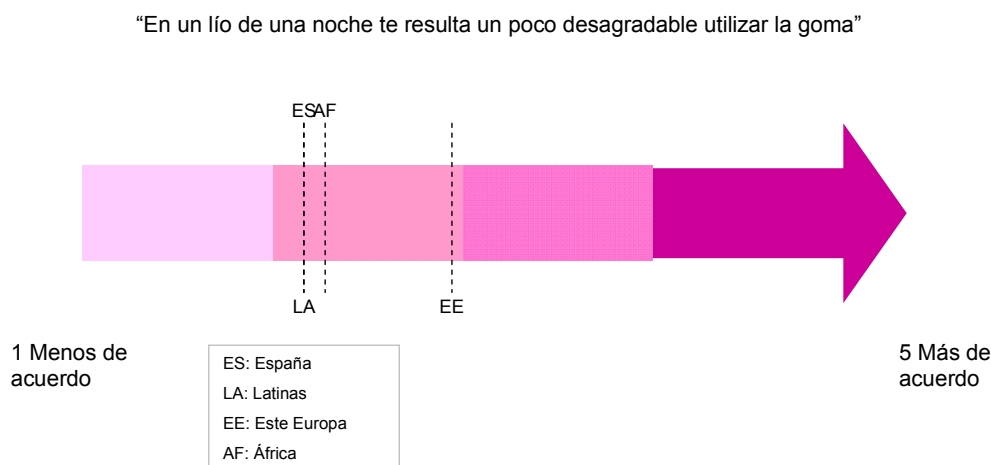
Es importante precisar que según las participantes, sus parejas estables comparten esta actitud negativa. La única excepción en este sentido la presentan algunos hombres africanos, que pese a la actitud de rechazo hacia el preservativo que se manifiesta en el país de origen, aquí parecen estar más abiertos al uso del mismo.

“... y, como venimos de allí, de África, a los hombre no les gusta el condón. Ninguno”

“... en general a ninguno no le gusta el condón. Entonces nos acostumbramos a hacerlo así... y después queréis aprender a usarlo pero no podéis”

“... ninguno de los dos no quiere; al menos, ellos sí quieren eh...porque ellos quieren mas que nosotras mismas ,... a veces ellos quieren mas que nosotras mismas; a veces mi novio me dice: “si nos acostumbramos verás como te va a gustar”; y yo digo: “no quiero saber nada de esto”...”

En cambio, si la relación está en su inicio o se trata de un contacto sexual esporádico (“lío de una noche”), la actitud negativa hacia el uso del preservativo parece ser menor, aunque aproximadamente la mitad de las participantes la mantienen, considerando que les resultaría más desagradable utilizar el preservativo en un “lío de una noche” (47,4%), y que además, “está mal visto pedirle al chico que utilice la goma” (48,8%).



Concluyendo, acerca de las actitudes hacia el uso del preservativo podemos decir que con los clientes el uso del preservativo es sinónimo de “trabajo limpio”, y, por tanto de una actitud positiva, mientras que con las parejas, es justo el no uso del preservativo lo que sirve, ya que en este caso la relación se asemeja a ese modelo idealizado de pareja, caracterizado principalmente por amor y confianza e incompatible con el ejercicio del trabajo sexual.

3.2 Normas

Las normas dictaminan lo que el grupo “debe” hacer o como actuar respecto al uso del preservativo. Estas normas se construyen a partir de los aspectos tratados anteriormente que construyen la RSP: nivel de información, campo representacional y actitudes.

3.2.1 Ámbito laboral

En el ámbito laboral, la norma grupal se concreta con mucha facilidad. Para todas las participantes la norma es: “con los clientes siempre se ha de utilizar la goma”.

Este proceso de internalización de la norma grupal se hace en la mayoría de los casos a raíz de un aprendizaje de las normas que rigen el trabajo sexual, siendo el uso del preservativo la primera regla del “código” de esta actividad.

“...pero yo del preservativo.....es sagrado”

“... cuando vienen de Rumania no conocen mucho...aquí lo conoces y como lo conoces desde el principio ya empiezas a utilizarlo”

Hay una minoría de TS para las cuales la internalización normativa del uso del preservativo a nivel individual se ha hecho simultáneamente a la elaboración grupal de la norma; es el caso de las TS con franjas de edad superiores a los 40, que han debutado en el trabajo sexual antes o en los inicios de la epidemia del sida donde el preservativo era sólo un método más de prevención de ITS o de embarazos.

“.. Es que, claro... antes no se usaba preservativo cuando yo empecé con la prostitución, eso ha empezado ahora. No se usaba para nada. Costó colocarlo al principio”

“Esto ha venido con el sida...cuando la gente se empezó a asustar”

No obstante, muchas veces hay una incompatibilidad entre el uso del preservativo y el objetivo principal del trabajo sexual que es ganar dinero, debido a la alta demanda de servicios sexuales desprotegidos. En este caso, la mujer prioriza o la protección de la salud, o el objetivo económico. En la mayoría de los casos, priorizar el objetivo económico es anti-normativo. No obstante, pueden darse casos debido a factores contextuales en que esto estaría justificado como en el caso de las TS que necesitan el dinero para una situación urgente (como una enfermedad grave) relacionada con los hijos o familiares directos.

“Sabes que en Sudamérica si no tienes dinero, te mueres y punto. No es como aquí, con la Seguridad Social. Tú entras a un hospital y te atienden mejor que en una clínica. Allá si tu no tienes dinero para ingresarte en una clínica...”

S:... te mueres.

J: entonces lo puedes hacer. (El no usar el preservativo)

Otra situación en la que a la norma general de usarlo se le sobrepone otra norma es cuando la TS tiene proxeneta y se le exige un importe económico diario que la mujer no puede alcanzar si no acepta demandas de servicios sin protección.

G: *...la mujer que tiene chulo, como sea... uuuii. Hace de todo. Lo que le interesa es la plata.*
S: *hace de todo.*
G: *pero si tu tienes a alguien que te dice "un tanto por noche... 500 euros" claro que no puedes elegir; tienes que ir por lo que te ofrezcan y hacer lo que te piden.*
N: *y por donde sea lo haces.*
S: *claro... sea oreja, culo, dedo.*
risa general.
M: *y por cualquier dinero, 20, 10, 15, 30.*
G: *claro, el dinero es el dinero.*
M: *el dinero es el dinero.*
G: *normal...si un hombre te pone 300 por día y tu te pones de estrella - "este no lo hago este no" ¿que dinero vas a llevar?*
M: *pero con el chulo mismo, cuando se tienen relaciones, cuando el chulo te obliga ¿se utiliza el preservativo?: no, claro que no.*
G: *no creo (...) si no lo usa con los clientes por aquel dinero...Imposible, esto no se lo cree nadie"*

Parece ser que la presión de algunos de los establecimientos donde se ejerce la prostitución también puede promover una norma contraria, ya que, igual que en el caso de los proxenetas, exige a la TS un mínimo económico diario en concepto de alojamiento o alquiler de habitación para los servicios.

"Yo pienso que trabajando en un club te ves un poco obligada por el ambiente que hay dentro, porque siempre hay una encargada, siempre,...si eres una chica que no trabaja nada, casi a un determinado tiempo te pueden echar"

P: *Tienes un plazo...*
F: *Si... Te hablo de club, no de casa. Entonces tu ves que aquel cliente, aquella chica va mucho, te enteras que va sin preservativo, o la casa sabe, digamos la encargada o el dueño sabe que son clientes que piden chicas sin, entonces a ti también te piden... bueno, un poco... No te obligan, pero..... Tienes que trabajar así porque tú estas allí, no has hecho ninguno y te ves un poco obligada, a lo mejor empiezas también poco a poco a dejar de utilizar,...*

En estos dos casos, a la mujer se le obliga, directa o indirectamente, a aceptar clientes que demandan servicios sexuales desprotegidos.

La generalización de la norma del uso del preservativo se refleja también en la actitud discriminativa del colectivo hacia las TS que no utilizan el preservativo. Según ellas, son personas *"tontas o ingenuas o no sé cómo llamarlas"* y representan un cierto peligro, ya que *"nos quitan los clientes"*.

"...Hay casos de que hay otras que no usan y no quieren que la otra lo use. O la que lo usa, claro, no trabaja. Y las otras trabajan. Yo lo he oído comentar ¿eh? "

3.2.2 Ámbito de la vida privada

Teniendo en cuenta las ventajas que el no uso del preservativo proporciona en el **ámbito privado**, las TS consideran como norma el “no uso” de éste.

“Hombre, lo suyo es no utilizarlo”

“...te da lo mismo, pero si estás con tu pareja ya es otra cosa, sabes”

“... claro, trabajar en la calle sin condón no es bueno. Porque no es tu novio, pero si vas con tu novio puedes ir sin condón”

“Pero en casa es algo normal y una vez que empiezas hacerlo con tu marido o con tu novio, es muy diferente porque estás con él tantos años, es tu amor, es la persona con quien compartes todo y entonces es normal (no usar preservativo)”

Las únicas excepciones que encontramos se refieren a las TS que expresan abiertamente tener una alta percepción de riesgo de infección respecto a la relación de pareja (las TS que han sido engañadas y aceptan el fracaso amoroso y aquellas TS que tienen como pareja un hombre portador de VIH). En los casos de infidelidades, esperan a tener una pareja “de confianza” y, mientras, consideran que “lo suyo, es utilizar el preservativo” o simplemente admiten que “deberían” utilizar el preservativo, aunque no lo hagan.

3.3 Prácticas

Las actitudes y las normas anteriormente descritas son las que preparan y deciden en qué manera se dará *el paso al acto*, es decir cuando y como se utilizará el preservativo. El antagonismo actitudinal y normativo respecto al uso del preservativo según el papel de la pareja sexual se refleja también a nivel de las prácticas: en el ámbito de las relaciones sexuales comerciales el uso del preservativo es una práctica generalizada, mientras que en el ámbito de las relaciones personales el uso del preservativo es muy poco habitual. Así, mientras en las relaciones sexuales comerciales no usar el preservativo es la excepción, en las relaciones sexuales dentro de la pareja, la excepción es su uso.

3.3.1 Ámbito laboral

En las relaciones comerciales, la gran mayoría de las TS tienen la intención de utilizar el preservativo, independientemente de si acaban o no utilizándolo.

Las únicas excepciones en donde las TS no tienen la intención de utilizar el preservativo son cuando las TS presentan alguna enfermedad mental que les impide tener una percepción de los riesgos, las TS que van con clientes fijos “de confianza” ante los que disminuye su percepción de riesgo, las TS que pueden sentir una fuerte atracción física hacia el cliente, (perciben y asumen el riesgo) o las TS que quieren personalizar la relación con el cliente

(juegan expectativas amorosas o buscan otros beneficios, aparte del beneficio económico). En este último caso, las TS pueden conceder “el favor” de mantener la relación sin preservativo, asumiendo el riesgo. También puede darse el caso de TS seropositivas que debido a la falta de información consideran que una vez infectadas no corren ningún riesgo si su pareja también es seropositiva.

Importante destacar que, independientemente de la voluntad de la TS para utilizar el preservativo, si el cliente propone su uso, éste se acabará utilizando. Por lo tanto, hablando de las situaciones en donde no se utiliza, hablamos siempre de la demanda de relaciones desprotegidas por parte del cliente.

Tal como mencionábamos anteriormente, la mayoría de las TS quieren utilizar el preservativo. Esto se debe al hecho que la TS tiene una alta percepción de riesgo y a la vez, la protección de la salud es un valor fundamental para ellas. Esta determinación no obstante entra en contradicción con la gran demanda de relaciones sexuales sin preservativo; el choque de estas expectativas puede concluir de distintas formas: que uno de ellos acepte la postura del otro (de entrada o tras un proceso de negociación), que uno de ellos acabe engañando o forzando al otro para que acepte su postura, que ambos renuncien a mantener la relación, etc.

Ante una demanda de relación sexual desprotegida, hay varias respuestas:

a) Rechazar el contacto sin intentar negociar el uso del preservativo

En el análisis cuantitativo se puso de manifiesto que las TS que daban este tipo de respuesta eran las que priorizaban la salud, antes que el beneficio económico.

“... yo soy muy poco de convencer...je le digo: -“vamos, mi amor, que esta lista la cosa” -“Pero me gusta sin condón”. - “Bueno, cariño pues voy a cagar”. Yo no le digo ni que eso, que la gomita, que un embarazo, que me va... ¡No! No le gusta, no le gusta y ya está...”

b) Intentar convencer al hombre para que utilice el preservativo empleando una serie de estrategias de negociación

A continuación presentaremos las principales técnicas de negociación de las que hacen uso las TS para convencer a los clientes. Para la mujer “intentar convencer” es hablar de los riesgos que implica un contacto sin preservativo (enfermedades, embarazo).

“...hay muchas personas que si hablas cinco minutos con él y le estás explicando un poco la situación, hay muchos que entienden”

“... yo por ejemplo, para conseguir follar,...con goma, muchas veces hablo de enfermedades. Muchas veces digo "yo no puedo follar sin goma, que si no me quedo embarazada.... y muchas veces lo consigo...que no puedo utilizar pastilla...si, de broma...”

"... le puedes explicar que como somos tantas mujeres, cada una es diferente con su trabajo y una de ellas puede tener hasta el sida, hasta tantas enfermedades que existen y le explico,... me parece que tu eres más joven, como yo y bueno... no tienes familia y esto, pero has de cuidar tu salud porque tan joven y vas a coger una enfermedad como el sida,..."

Hay un debate en torno al momento idóneo de convencer. Algunas TS dicen que es mejor intentar hacerlo antes de entrar en la habitación, ya que si la mujer da a entender que aceptaría sin preservativo y luego cambia de opinión lo más probable es que el cliente no acepte. Algunas participantes insisten en que una vez la TS consiente verbalmente mantener la relación sin preservativo, es muy difícil convencer posteriormente al cliente de lo contrario.

C: Pero el preservativo siempre hay que negociarlo antes de subir, eh?

V: Hay mujeres que lo hablamos en la calle y traíamos la goma y cuando llegas arriba y traes la goma, te dice "No!" Pues que haces? (...) te vas. Adéu.

C: Claro, te tienes que ir.

V: (...) yo me voy, mira, hoy me han dicho a mí "¿cuanto vale?" Yo "20, la cama 10". No te gusta pues adéu. "¿iSin goma?!" Pues no, cariño mío, que quieres que pille yo cualquier cosa? Como que no.

D: mira, abajo se tiene que hablar. Porque arriba el no usa,... entonces tienes que hablar abajo toda la conversación porque arriba tiene que estar todo muy claro, con un africano un morro, entiendes...Porque arriba tú no consigues convencer, entonces vas a perder tiempo. Abajo lo tienes que hablar: "es con preservativo", "es tanto", "es aquí".

V: Si es muy importante. Pa' hablarle, pa' decirle la verdad al cliente que haces.

S: Tratarlo bien.

V: Y encima pa' no mentirlo. Si a un cliente le estás mintiendo, le estás diciendo abajo, hago esto, hago esto y no lo haces empiezan los problemas.

Las participantes advierten también que esa situación podría degenerar en una situación de violencia, en una violación sin preservativo. No obstante, la situación de violencia esta ligada más a las situaciones en donde la mujer miente en torno a los servicios utilizados y no tanto al uso del preservativo.

"...Porque si tu le mientes después él se cambia la... se pone nervioso "¿Pa' que me mientes si yo te pago? Me puedes pedir más."....".

(¿Y qué puede pasar en estas situaciones?)

V: Te pega.

M: Te folla y después te coge el dinero.

V: Te pega o te insulta.

S: Agresividad.

Para prevenir situación así, las participantes consideran que sería conveniente hacer una evaluación del cliente para ver si es "convencible", "si tiene "cara de bueno". Si es "tranquilito" es probable que se le pueda convencer después.

"Primero lo miras para ver si tiene cara de tener dinero ...: y después si tiene cara de, bueno, cara de tener problemas....hay algunos , depende de como hablan contigo, te das cuenta de si es problemático o tranquilito ; si es tranquilito lo puedes convencer en la cama,.. "hay cariño, tranquilo, ¿jtu no sabes que eso es malo ?Y tu qué sabes que yo no tengo enfermedad?" Y así lo haces y al final sin problemas"

En cambio, si no parece cooperador es mejor asumir renunciar a la negociación.

"... hay algunos que hacen escándalo

(...) sí, con ellos sí, (utilizarlo sin que se dé cuenta) porque si le dices que "no", no irá contigo".

En este proceso de negociación, las TS tienen que afrontar los contraargumentos de los clientes. En general, en sus intentos de convencer a la TS de no utilizar el preservativo, la estrategia más frecuente parece ser ofrecer más dinero a la TS que en un servicio con preservativo.

V: si haces sin la goma, te dan más.

A veces te dicen: "te doy un poquito más si me lo haces sin goma". (En voz baja)

N: hay unos que te dicen: "te doy tanto"...te ofrecen más, "y lo hacemos así"

Ahora, si te vas a un bar, igual, muchos te piden esta cosa. Es un negocio, él te va a decir "no estoy enfermo". Puedes creerlo, puedes no creerlo.

Otra estrategia es amenazar a la TS que no irá más con ella, insistiendo también en el hecho de que sus compañeras lo hacen sin preservativo (estrategia empleada por los clientes estables).

"... a veces, estás en la calle, con un cliente que todos los días viene contigo y un día te puede decir "ahora lo haremos sin condón"...tú dices "nooo", el cliente puede decirte "mira J. o L.,...la última vez que fui con L. le dije sin condón, entiendes?..Hoy iré contigo sin condón,... si no quieres así, no iré contigo otra vez, empezaré a ir con L.". Es el problema que tenemos la mayoría de nosotras"

"... Si, es que a mi amiga le ha pasado la semana pasada. Tenía un cliente que venía hacía meses, casi un año y la cogía solamente a ella. Y la semana pasada vino a ella y le dice: "quiero follarse sin goma" y mi amiga dice "¿tu loco? ¿Cuándo me follaste a mí sin goma para que me follaras ahora!?" y él dice "No, no..., pero tu sabes, yo soy tu cliente, yo quiero,.. tú tienes confianza conmigo porque soy limpio" y no se qué. Y mi amiga le dice "No", él dice "Te pago más" mi amiga dice "No" y entonces él habla con más chicas y ninguna no marcha con él, pero otra chica, mi paisana, estaba como allí atrás de nosotras y escuchaba que nosotras no queríamos marchar con él y marchó ella..."

El cliente estable invoca a la confianza, intentando convencer a la TS que no tiene ninguna enfermedad.

G: si, hay algunos que son así. Una lleva tiempo con él y ya te dicen...

S:...ya empiezan con historias: "llevamos tanto tiempo, y tú ya me conoces, y yo ya te conozco, ¿por qué no lo hacemos sin la gomita?"

"... uno viene y te dice: yo confío en mí mismo y confío en ti porque te veo una chica guapa : "¿Follamos sin goma?"

Otra estrategia es darle a entender a la TS que quiere tener una relación de pareja con ella y que el no uso del preservativo sería un paso hacia esta relación.

"... yo tengo un cliente, se llama C, siempre me llama, cada mes, cada mes; es como si tuviese otro salario fijo con él. Venía al trabajo, después del trabajo empezó a llamarme a su casa. ¿y entonces qué pasa?: cuando llegas allí, jugáis mucho, como ya os conocéis desde hace tiempo y creo que si eres tonta ahí se aprovecha de las ingenuas. Porque con esos juegos ya te está metiendo en la cabeza que sois algo más. Y entonces te va empezar a pedir: "¿eh, podemos empezar a jugar hoy sin goma?" No te va decir directamente "¡lo hacemos sin goma!".... "Juguemos ahora sin goma, que no te lo voy a meter o no te lo voy a meter profundamente" todo esto...y a partir de ahí si le dejas,...de ahí se aprovechan,"

(algo mas, a qué te refieres?)

C: hay chicas que también se han casado con los clientes...

Algunos clientes consienten utilizar el preservativo pero insisten en que al comienzo de la penetración se haga sin éste, insistiendo en que así no se corren riesgos.

C: Si, la puntita dicen.

V: A veces me ha pasado que me digan: "No, no, no te voy a hacer nada...solo restregar..."

L: o "solo la puntita",... quieren follarte sin goma (...) "yo no me voy a correr; solo te voy a follar! porque lo que quiero es el calorcito "Yo sólo te voy a follar, para sentir el calorcito.

Otros prometen ser un cliente fijo y piden la relación desprotegida "a cambio":

L: a veces si que te pueden decir..."déjame meterla sin condón porque yo voy a ir siempre contigo...vas a tener cliente pa' mucho tiempo!"

C: pa' toda la vida (ironía).

V: esto sí que pasa.

F:... que te hacen promesas como que será un cliente fijo.

Cuando se dan estas situaciones de negociación del uso de preservativo, las habilidades de negociación de las TS son muy importantes, pero no son la única predicción en sí del éxito de la negociación; las participantes consideran que ante un cliente que se muestra decidido a no utilizar el preservativo, es casi imposible que logren convencerlo. Ante el fracaso de las estrategias de negociación, la TS tiene tres opciones principales:

- **decirle al cliente que no acepta el trato**

Para compensar la pérdida repetida de clientes que deben asumir las TS que rechazan a los clientes que no consienten las relaciones con protección, algunas TS comentan que buscan nuevas vías (Internet) para conseguir más clientes.

(¿Hay situaciones en que no utilizan el preservativo porque si insisten, se arriesgan a no tener clientes?)

C: sí, yo lo he oído decir...Pero te vas a otro sitio.

F: te vas... ¡Anda que no hay sitios!

C: los buscas por Internet.

Remarcamos que todas las participantes en el grupo focal han referido haberse enfrentado a este tipo de situación, en la que el cliente les ha ofrecido más dinero para mantener relaciones sin preservativo. Según ellas, una vez tenían claras sus prioridades, rechazaban la demanda. Reflexionan también sobre el hecho que a estos clientes "no les importa tu salud" y que es la mujer la que tiene que pensar "en su vida".

"(TS de origen africano) Porque quizás el cliente diga "te pagaré 100 si lo haces (sin condón)". Los de mi país no lo hacen.

Las de mi país no lo hacen. Además, las que lo hacen, no es porque sean estúpidas. ¡La gente que viene de mi país no es así!

“... estoy aquí en España hace 4 años;... un chico me dice que me va a dar mil euros por chupar, follar sin goma. Yo dicho NO; porque yo no soy tonta. Porque yo soy joven, mi vida más,... es más importante que 1000 euros. Con mil euros puedo comprar una cosa hoy, y se acaba ya pero la vida todavía sigue”

“... sí, sabiendo todo esto (hay mujeres), que lo siguen haciendo. Si el cliente le dice “vamos a follar sin la goma”, ella: “vale, si me vas a dar tal, tal dinero encima ¡vamos!.. Yo no sé que es... no se... Si no valoran su vida...no sé por qué. HAY de todas hoy en día... viejas que vienen de 60-70-80 años, y no les importa lo que podría pasar”

“... no le importa (al cliente) lo que te podría pasar a ti”

Otro aspecto importante a tener en cuenta es que los clientes, ante el fracaso de su intento de convencer a la TS de mantener sexo sin preservativo, puede recurrir a técnicas de engaño; dicho de otro modo, pueden aparentar que consienten la relación sexual con preservativo, pero en realidad, intentan dispensarse de éste, sin que la TS se dé cuenta.

Las estrategias más comunes son romper o sacar el preservativo sin que la TS se dé cuenta. Para esto pueden emplear varias posiciones o estirar de la punta del preservativo para que este se rompa.

C: mira, yo conozco gente que me han dicho “ponte de cuatro patas y se sacan el condón”. Y ya está.

G: ellos te quieren poner de cuatro patas porque así no te das cuenta.

C: y se lo sacan.

D: sí, ellos rompen a veces.

D: hay que ser más vivos que ellos.

Varias: claro...

C: ¿sabes como se rompe el preservativo? Cuando yo empecé en esta vida yo trabajé en un pueblo, con africanos. Y el condón lo ponía yo, pero (...) de tanto mete y saca, mete y saca, y como tienen la polla tan grande, se rompe.

S: Se revienta...

M: ... hay muchos clientes que rompen ellos las gomas...

S: hay algunos que lo cortan.

C: síiii...

S: Que corta la punta... hay algunos que se lo quitan

“algunos...si hacen el amor contigo, a lo mejor te dicen que no la meten, que solo juegan. Pero si te descuidas, la pueden meter dentro y follar sin condón, ¿entiendes?”

Para contrarrestar estas estrategias del hombre, las mujeres hablan de la importancia de vigilarlo durante el acto sexual, de asegurarse que el preservativo esté bien puesto, y utilizar lubricante para evitar que el preservativo se rompa fácilmente.

G: No, ellos hacen que se rompa.

D: para esto hay crema (...) lubricantes y demás.

Las participantes informan también de situaciones en las que el hombre que no quiere utilizar el preservativo, utiliza la fuerza física para imponer su voluntad, Para esto, las TS dicen que es muy importante evaluar este rasgo del cliente antes de “subir”, ya que en la habitación la mujer se encuentra sola, desprotegida.

- **consentir el acto sexual sin preservativo**

Otras de las “salidas” de esta situación en la que el cliente demanda la relación sexual sin protección y no se le puede convencer de la idoneidad del uso del preservativo, es que la TS acabe consintiendo tener una relación desprotegida.

Pese a las afirmaciones mencionadas anteriormente, y pese a los resultados de la encuesta que indican que un 99% de la participantes priorizan la salud antes que el dinero (y que por lo tanto no aceptaría ir con un cliente que no quiera usar del preservativo), es posible que las excepciones (aceptar no usar el preservativo) sean más frecuentes de lo que las participantes están dispuestas a reconocer.

Según una de las participantes en el grupo focal, afirmó que muchas, incluida ella misma, estaban siendo hipócritas al no desvelar el hecho que en algunas ocasiones ellas mismas habían mantenido relaciones sexuales sin preservativo para conseguir dinero.

C: Mira, pienso que aquí hay muchas que hacen el papel de hipócritas - me voy a incluir yo también -

C: lo voy a repetir: hay muchas que no utilizan el preservativo. Porque esta es la realidad. ¿Antes cuanto se pagaba? 30 euros, 40 euros, ahora recién es hasta por 10.

G: Mira, yo no te dicho que follaba sin goma...¡no no no! (gritando)

Otra participante habla de la dificultad de rechazar los clientes que quieren servicios desprotegidos cuando están muchos días seguidos sin conseguir clientes, haciendo hincapié en la imposibilidad de obtener los ingresos económicos de otra fuente.

“Pero si llevas cinco días trabajando en la calle y no has tenido clientes y necesitas dinero...”

Este dato fue apoyado por el hecho que en la entrevista individual, 8 de 11 personas entrevistadas han reconocido haber mantenido al menos una vez relaciones sin preservativo para ganar más dinero.

Es importante matizar el hecho que, priorizar el dinero no significa exponerse de forma incondicional al riesgo (ir con todos los clientes que demandan servicios sexuales sin preservativo). Las participantes hablan de una evaluación previa del riesgo y en base a ésta, escogen aquellos clientes que parecen suponer menos riesgos y se rechaza a aquellos que presentan indicios de que “obviamente” pueden estar enfermos.

Para realizar esta evaluación, las TS utilizan varias técnicas:

Para las TS latinas por ejemplo, apretar los testículos y ver si el pene secreta una sustancia, o la presencia de gemidos al apretar los testículos, es síntoma de enfermedad.

G: ... Lavándolo, - por esto se le lava- tu aprietas el miembro y si sale algo es porque esta enfermo. Tu te das cuenta así. Supongo que todo el mundo se dará cuenta así, ¿no? Apretando algo y ver si sale algo: si sale, es porque el tío está enfermo,..(varias "si")... y también el olor. Porque hay el olor natural del hombre pero hay un olor que es de otra cosa,... a podrido. Y algunos tienen verrugas, ¿no?

C...El gesto cuando uno le aprieta un huevo y hay un gesto de dolor...es porque está enfermo.

I: Sí, porque llevan esta cosa de estar enfermos...nada más que se laven ...como normalmente se ponen allí en el baño....para lavarse ...y sueltan gemidos.

Remarcamos que las TS españolas utilizaban esta técnica "antes", cuando trabajaban sin preservativo, para distinguir entre los clientes enfermos y los clientes sanos. Analizándola de forma retrospectiva, la encuentran ridícula y sin fundamentos.

F: fíjate que cosa más ridícula, eh... Y entonces le tocábamos los huevos y la polla, la apretábamos hacia fuera a ver si sacaba un líquido o algo (...) pero imagínate, hay otras enfermedades que no..... Y tú no eres una experta como para poder saber,...

Una vez escogen al cliente que parece sano, estas TS nutren la esperanza que han acertado bien, considerando que han tenido que "arriesgarse para conseguir dinero".

c) Intentar engañar al hombre para que utilice el preservativo, sin que se dé cuenta.

Otra estrategia a la que recurren las TS que no quieren perder al cliente, pero también quieren proteger la salud, es intentar engañarlo, es decir utilizar el preservativo sin que este se dé cuenta. Estas estrategias se utilizan en la mayoría de los casos, cuando la negociación ha fallado, aunque según las participantes, se puede recurrir a ella antes de intentar convencer al cliente (menos frecuente).

Entre las estrategias de engaño destaca:

- poner el preservativo con la boca sin que el cliente se dé cuenta. Las participantes hablan de esta técnica como una técnica muy frecuente entre las TS españolas y latinas. Aunque cuando la mujer decide aplicarla, es mejor que de entrada evite dialogar con el cliente en torno al uso del preservativo. Las participantes la consideran una técnica muy útil pero advierten que para aplicarla se requiere mucha experiencia.

F: (...) hay trucos. El se cree que lo vas a hacer sin - No hablarlo! El no lo ha hablado y yo tampoco le he dicho "oye, vamos a hacerlo, pero yo uso preservativo". No,...no saco el tema. Y entonces si el me dice: ¿Oye, no vas a poner goma? Yo le digo: ¡perdona, ya la tienes puesta!

B: a mi también me ha pasado.

F: (...) Si se lo pones con la boca no se entera. Es psicológico. Es increíble.

C: yo también lo pongo con la boca. Sí claro, si puedo sí.

L: Pero hay que tener práctica.

Si se utiliza esta técnica y la mujer tiene la menstruación consideran que es mejor que se utilice el preservativo de color rojo.

"...las que trabajamos en el piso - yo trabajo en el turno de día - entonces hay tiempos (temporadas) que necesitas trabajar y entonces puedes trabajar con la regla. Entonces uso el preservativo de color rojo.

Normalmente uso el del color de la piel; ¿por que lo uso?: porque hay clientes que vienen, "¡que no quiero follarse con goma, no quiero follarse con goma!"

En relación a esta técnica de engaño, una participante afirmó que ella acepta subir con un cliente con el que ha pactado mantener relación oral sin preservativo y penetración con preservativo, ya que confía que para el sexo oral, le podrá poner el preservativo sin que el cliente se dé cuenta. Insiste en el hecho que, si el cliente quiere tanto el sexo oral como la penetración sin preservativo, no aplicaría esta técnica puesto que evalúa como bajas las posibilidades de lograr utilizar el preservativo sin que el cliente se dé cuenta.

S: ... para mí, si hablamos fuera y el cliente dice que quiere que se lo chupe sin la goma...lo puedo hacer; pero si me dice afuera que quiere follarse sin la goma,...no lo acepto. Porque sé que no hay manera de que no se dé cuenta que estoy chupando con la goma. Y si entro con él y lo voy a chupar con la goma, la goma sea de fresa o de lo que sea lo puedo hacer sin que él se dé cuenta... y cuando es de meterla él dice: vale, ahora ponemos la goma; y yo le digo la goma ya la tienes puesta. Y él me dice: ¿qué bruja!, cómo lo has hecho que no me he enterado? (tono de broma). Porque hay muchos que no les gusta; si lo ven se le baja la polla.

Otra técnica de engañar al cliente es la de utilizar el preservativo femenino; según una de las participantes, es posible que el hombre no se dé cuenta y, aunque se diese cuenta, para él es como si lo hubiese hecho sin preservativo.

"... por ejemplo tengo el preservativo de la mujer,...y a veces hay alguno que dice que no se quiere poner el preservativo, yo le digo que entonces me lo pongo yo... si, me sirve, es muy cómodo. Los primeros días es mas incómodo, que no sabes usarlo, pero ahora que llevo tiempo usándolo lo prefiero, porque con éste el cliente piensa ya que esta follándose sin goma ; entonces me lo pongo y solo controlo que no me entre todo dentro...(el cliente piensa) que esta follándose sin goma y entonces tu misma lo llevas"

Es importante precisar que según las participantes, el proceso de negociación lo inician tanto las TS que siempre priorizan la salud, como las que en un momento dado, están dispuestas a priorizar el dinero. La diferencia reside no obstante en la capacidad de rechazar el contacto sexual en el caso que las estrategias de negociación han fracasado. Según una de las participantes "la mujer que quiere a su salud más que el dinero, le va a decir que NO al cabrón; si le gusta más el dinero se irá con él sin preservativo y punto".

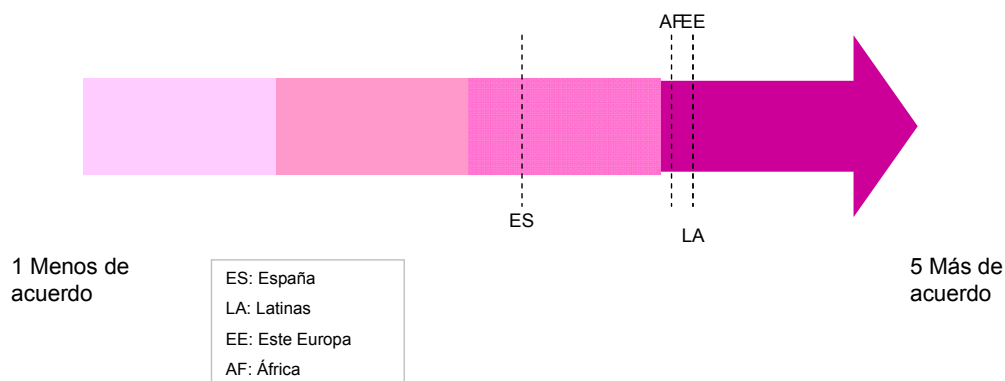
En referencia al engaño, parece ser que las TS que acuden a esta estrategia aceptan que la relación podría acabar siendo desprotegida, ya que si su estrategia falla y el cliente se da cuenta, lo más probable es que la obligue a "respetar el trato", amenazando que en el caso contrario acudirá a la violencia, no le pagará el servicio etc.

A través de la encuesta hemos podido jerarquizar el tipo de situaciones en donde no se utiliza el preservativo, destacando también las diferencias culturales.

La situación más frecuente parece ser aquella en donde el no uso del preservativo está asociado a la necesidad económica. De hecho, el 78,5% de las TS afirman que "a veces las chicas lo hacen sin preservativo porque necesitan el dinero si o si". Existen diferencias

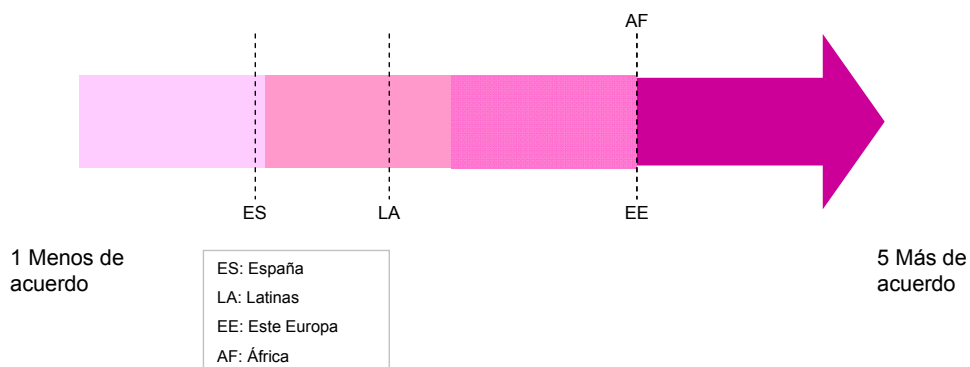
significativas entre las TS españolas, que son las que menos situaciones así protagonizan. Los resultados del estudio cualitativo corroboran estos datos, e indican que a raíz de la crisis económica las TS españolas utilizan más el preservativo porque se ha incrementado la percepción de riesgo, mientras que las extranjeras lo utilizan menos debido a la intensificación de la necesidad económica.

“Aunque este bien poner la goma, a veces las chicas lo hacen sin preservativo porque necesitan el dinero si o si”



En segundo lugar encontramos el uso del preservativo asociado a la presión del proxeneta (52,3% de las mujeres no lo usan porque el chulo o quien sea les pide hacerlo sin goma para sacar más dinero), especialmente relevante en el caso de las africanas y de las de Europa del Este.

“A veces las chicas no pueden escoger si utilizan o no la goma porque el chulo o quien sea les pide hacerlo sin goma para sacar más dinero”

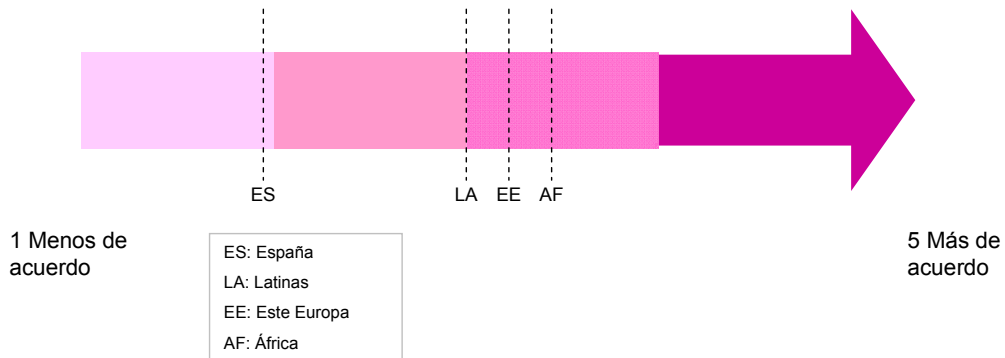


En tercer lugar encontramos el no uso del preservativo asociado al cliente fijo, opinión compartida por el 31,9% de las TS, sin diferencias significativas según procedencia.

En cuarto lugar encontramos el no uso del preservativo asociado a la disminución de la percepción de riesgo implicado por la práctica del sexo oral, opinión compartida por el 31,3%

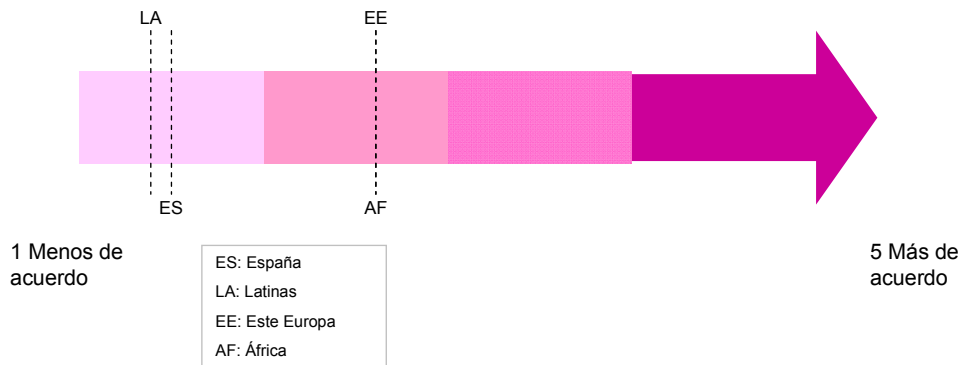
de las TS. Encontramos diferencias significativas entre las TS de África que son las que más se han encontrado en esta situación y las TS de España, que son las que menos.

“Aunque esta bien poner la goma, hay chicas que piensan que situaciones en donde el riesgo no es tan grande y por lo tanto no la utilizan (por ejemplo cuando hacen el sexo oral)”



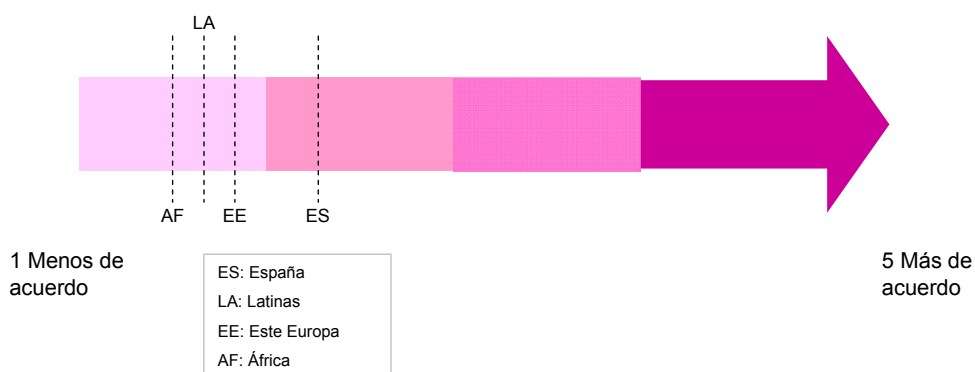
En el quinto lugar encontramos el no uso del preservativo asociado al fallo de las habilidades de negociación (12,2%), siendo las mujeres TS de Europa del Este y africanas en las que más se ha dado esta situación.

“A veces las chicas lo hacen sin preservativo porque no puede convencer al cliente que quieren ir sin goma”



Finalmente encontramos el no uso del preservativo asociado a la atracción física hacia el cliente, afirmación compartida por el 6% de las TS. Las españolas son las que más de acuerdo están con esta afirmación.

“Aunque sabe que esta bien poner la goma, si a la chica le gusta mucho el cliente en el calentón se olvidará de ponerlo”



Concluyendo, podemos afirmar que en el ámbito laboral, la practica más extensa en referencia al uso del preservativo es congruente con la norma que rige su uso; la mayoría de las TS informan utilizar el preservativo, pese a la gran demanda de relaciones sexuales desprotegidas. Ante estas demandas, las TS intentan convencer al cliente de la conveniencia de utilizarlo o incluso engañarlo. Cuando intentan convencerlo se da un proceso de negociación, en el cual cada una de las partes recurre a unas estrategias específicas. Es importante matizar que finalmente, ante el cliente que no se deja convencer, o al que no se le puede engañar, lo que realmente marca la diferencia es el lugar que la TS otorga a la protección de salud versus ganancias económicas: aquellas TS que priorizan de forma consistente la salud, acabarán rechazando al cliente que no acepta mantener una relación sexual protegida, mientras que aquellas que en un momento dado priorizan el dinero a la salud, consentirán una relación desprotegida, aunque también intentarían minimizar el riesgo descartando aquellos que “no parecen” sanos.

3.3.2 Ámbito de la vida privada

Las prácticas del uso del preservativo en la pareja se rigen por la norma general, que es, NO utilizar el preservativo.

Es importante precisar que la práctica del NO uso del preservativo viene acompañada de la activación de una serie de mecanismos defensivos cuyos objetivos son disipar las dudas que tienen las TS respecto a la fidelidad de su pareja y disminuir la disonancia cognitiva existente entre su papel de TS y su modelo idealizado de pareja.

Dicho de otra forma, las TS no utilizan el preservativo para situarse en el ideal de la relación de pareja y conseguir los beneficios afectivos y sexuales que ésta conlleva. No obstante, las TS tienen que afrontar una serie de “pruebas de la realidad” que indican que es peligroso mantener relaciones sexuales desprotegidas con las parejas (puesto que afirman que “los

hombres son infieles por naturaleza” y que ellas no son sólo “mujeres de casa” puesto que “trabajan en la calle”).

Ante la concienciación de riesgos debido a la infidelidad del hombre, surge la negación del mismo (como mecanismo defensivo) y la pareja actual se convierte en la excepción de esta regla.

En general, al no utilizar el preservativo, estas personas no admiten abiertamente estar expuestas a los riesgos de ITS y llegan incluso a una dinámica en la que, a más conductas de riesgo, más mecanismos defensivos para mantener *la ilusión de la fidelidad*. La principal estrategia que utilizan es la de convencerse a sí mismas que ellas son la única mujer de la vida del hombre y que éste las quiere. El deseo del otro es una muestra de amor e implícitamente, de confianza. Este mecanismo se explica a través de la relación que existe entre el amor y la confianza como fidelidad sexual: si hay amor, no puede haber infidelidad por lo tanto si hay muestras de amor de la pareja, entonces hay fidelidad.

“Mi marido iba con otra chica,... era cliente de otra chica, y me vio a mí y nada más me vio se enamoró de mí; dejó la otra radicalmente y vino a mí. Y desde entonces ya no me volvió a dejar. Y me dijo: “¡Tu vas a ser la madre de mis hijos!.. y efectivamente, he sido yo la madre de sus hijas. (Teatralizando)....mi marido ...pa’ 60 años que tienevamos, como al principio. Esta súper enamorado de mí, eh”

La existencia de este doble discurso explica por qué, pese al hecho de considerar que sus parejas son excepciones, las TS pueden emplear estrategias de control para saber si la pareja le es fiel o no. Por ejemplo perseguir a la pareja para ver como se relaciona con otras mujeres o pedir a una amiga que lo haga, valorar si ha tenido contactos sexuales recientes a partir de la cantidad de semen durante la eyaculación, etc.

Las TS que no utilizan el preservativo pero que tienen un doble discurso respecto a la percepción de riesgo priorizan básicamente los beneficios afectivos de la relación de pareja a la protección de la salud. A nivel simbólico esta práctica acerca la relación de pareja de la TS al ideal romántico de relación que la mujer tiene, en donde entre los dos hay amor y confianza. Esta función es aún más destacada en el caso de las TS cuyas parejas han sido antiguos clientes: dejar de utilizar el preservativo marca la “conversión” de cliente a pareja. La percepción de riesgo no baja necesariamente pero los beneficios afectivos superan el coste hipotético de infección por ITS. Una de las participantes afirmó por ejemplo que *“si por mala suerte me contagiara una enfermedad, tampoco lo vería grave”*.

“... todo fue tan rápido; yo venía de mi país, nos conocimos en la primera casa que yo trabajé.. fue mi cliente al principio,...me llamaba por teléfono, me iba a su casa... después de allí me sacó de ese trabajo. Un mes después me propuso el matrimonio, después nos fuimos de vacaciones (...) ya llevábamos un mes o dos semanas, tres semanas de no usar el preservativo, y éramos una pareja normal. Fuimos a Asturias a visitara a mi tía, que es la que me trajo aquí a España y después volvimos a Barcelona. Pero empezamos como cliente, y después ya somos pareja y... no volvimos a necesitar la goma. No tuve necesidad de llevarle a los médicos ni nada porque ya había una confianza; si

él no me lo pidió, tampoco tenía por qué pedírselo. Es un hombre que si por mala suerte me contagia una enfermedad yo no lo vería tan grave tampoco, porque me ha ayudado mucho y yo confío en él, nos confiamos”

“... con mi pareja en menos de medio año follamos sin goma. En menos de medio año”

Si respecto a la infidelidad el mecanismo defensivo activado era la negación, en referencia a la disonancia cognitiva que genera el ejercicio del trabajo sexual en sí el mecanismo activado es la disociación. Parece ser que las mujeres son TS mientras están trabajando y “mujeres de casa” fuera de esta franja horaria, sin que estas dos identidades se integren.

“y cuando estoy en el trabajo, estoy en el trabajo y punto. No me llamo J; pero cuando voy a casa, soy una mujer normal, una madre de familia, como todo el mundo. Allá ni chupo p..., ni nada de esto”

Para afianzar la separación simbólica entre los dos mundos, las TS pueden llegar a limitar algunas actitudes, prácticas, etc., a un mundo, sin tenerlas en el otro; los gestos afectivos por ejemplo (besos, caricias o abrazos) están limitados exclusivamente al ámbito personal.

(Ante un dibujo de una pareja abrazada) “...uno no estaría así con un cliente (...), los veo con confianza, después de todo están abrazados, la mujer mirándole a la cara ...esto es sin condón, es como más confianza”

Otra modalidad simbólica a la que recurren las TS para disminuir esta disonancia, es la redefinición del concepto de fidelidad sexual. Para seguir siendo “fieles”, las TS reinterpretan este concepto como ausencia de placer sexual en las relaciones sexuales comerciales incluso de aparentarlo *“...es que si tienes pareja, no vas a chillar como una puta con los clientes; tú haces tu trabajo y punto”*.

Parece ser que esta resimbolización está compartida por el hombre. Algunas TS rumanas refirieron experiencias propias en donde el hombre, preocupado que su pareja podría disfrutar el acto sexual comercial, había llegado a pagar a un hombre para que se “disfrace” de cliente pidiéndole a la mujer un servicio sexual con el fin de averiguar “como trabaja la mujer” y si tiene placer sexual o no.

L: Claro, te hace pruebas para saber lo que trabajas tú en la cama con un hombre.

V: Y si gritas y haces “Ay, ay”.

L: Y si haces algo o te gusta o estás contenta por algo...él por la noche lo sabe todo. Y cuando tú llegas a casa y te toca o algo...y dice “Ah!, conmigo no te gusta, pero con este estabas y estabas haciendo así,” y entonces te mata.

F:... puñetazos.

Si se comprueba que la mujer realiza con el cliente prácticas sexuales que rechaza dentro de la pareja o si no utiliza el preservativo, el hombre se podría sentir “engañado”, ya que *“la única persona con la que puedes follar sin goma es él”*.

¿Y por ejemplo, si se entera que lo has hecho sin goma?

V: Te mata.

L: Te mata. Sí, porque la única persona que puede follarse sin goma es él. No con otros,... por celos y porque no se pueda contagiar él con algo.

Aparte de esta categoría de TS en cuyo caso el no uso del preservativo está ligado a la activación de mecanismos defensivos, encontramos también la categoría de las TS que asumen una percepción alta de riesgo (y con ello también el fracaso amoroso), pero que no utilizan el preservativo porque las parejas les obligan a mantener relaciones desprotegidas. Las dinámicas de poder existentes entre los dos hacían difícil que la mujer lograra imponer el uso del preservativo. Tal como mostrábamos anteriormente, este riesgo lo corren especialmente las TS extranjeras que provienen de ámbitos culturales muy tradicionales y que tienen como pareja un hombre cuyo país de procedencia es el mismo.

"...al principio, un mes por allí, hacía amor con goma pero después ya dejaba la goma porque él no quería. Yo sí que quería"

".. Sí, teníamos relaciones pero sin condón porque él no quería el condón. Bueno, a mí personalmente me gustaría follarse con pareja con condón pero como él no quiere, lo tengo que hacer"

".. Yo con mi marido nunca usamos y era un mujeriego pero.....Si uso el condón me envía a la mierda"

Otra situación en la que no se utiliza el preservativo, independientemente de la percepción de riesgo de la mujer, es cuando la mujer quiere complacer al hombre, o cuando la mujer siente una fuerte atracción física hacia el hombre. En estos casos la mujer suele ser consciente que se expone al riesgo de infección pero no le importa.

"... el rumano de principio, si sabe que tiene una novia,..., después de 3 días, 4 días que estás hablando con él, y ya quedan juntos,... que son novios, el preservativo no existe.

... Bueno, en muchas partes, las chicas,... para complacerle (no usan preservativo). ...hay muchas que están más enamoradas ellas que ellos y no le quieren perder y entonces hacen las cosas así para"

Es interesante también señalar que la única participante que no manifestaba una actitud de autodiscriminación hacia su papel de TS y la que no compartía la asociación negativa entre el uso del preservativo y la confianza y el amor tampoco utilizaba siempre el preservativo, puesto que persistía la asociación negativa entre el preservativo y la satisfacción sexual.

Una situación sorprendente es la de algunas TS africanas que afirman no consentir tener relaciones sexuales con preservativo, mientras que sus parejas a veces intentan convencerles de la idoneidad del uso. En estas situaciones, la mujer toma la propuesta de utilizarlo como una ofensa y condiciona el acto sexual al no uso del preservativo. En el caso que el hombre no acepte, ella dejaría de mantener el contacto, concluyendo que el hombre no la quiere o que sospecha que ella tiene alguna enfermedad.

Los casos en donde el preservativo se utiliza son pocos y están ligados o a una **percepción alta de riesgo** que no se inscribe en el doble discurso general o a situaciones en donde la pérdida de beneficios afectivos de la relación como consecuencia del uso del preservativo no está en juego. En el primer caso encontramos a las TS que expresan abiertamente tener una alta percepción de riesgo (infidelidad de su pareja) y no quieren exponerse a las infecciones o pretende “castigar” al hombre. En este caso, impone el uso del preservativo en la relación aceptando la pérdida de beneficios afectivos o abandona la relación si la pareja no está de acuerdo. En algunos casos, esta situación es transitoria, hasta que la mujer recupera la confianza y acepta de nuevo no utilizar el preservativo.

“Para mi no hay nada de esto” y un tiempo de unos 4-5 meses cuando yo (ya) no tenía confianza con él le he dicho “Me da igual, si quieres así, ponemos”, yo siempre le ponía la goma pero él ya no tenía (era) la misma persona conmigo”

Los engaños afectivos repetidos hacen que las mujeres sean más realistas, según una de las participantes “llegan a pensar como un hombre” Esta TS habló de la confianza como de “un arma de doble filo, ya que la ilusión de la confianza te hace feliz”, mientras que guardar la ilusión sin aceptar la prueba de la realidad, puede perjudicar tu salud.

*“...somos mujeres pero ya pensamos cómo hombres, que hemos visto mucho”
“... mentalmente somos como una afrodita”*

La otra categoría de situaciones **en donde** acepta utilizar o “la norma permite utilizar” **el preservativo son las situaciones en donde el uso no conlleva el riesgo de la pérdida de beneficios afectivos de la relación**. Estas situaciones se pueden dar al principio de la relación, o en una relación esporádica (“lío de una noche”) cuando aún no se ha consolidado el amor y la confianza. “El principio” esta asociado a un periodo de un mes o dos. En el segundo caso no obstante, si la atracción física es grande, la probabilidad que se deje de utilizar el preservativo crece.

*C:... al principio podría servir (el preservativo), cuando no conoces a uno todavía, cuando no confías bien en él. También se puede usar al principio; el primer mes, el segundo quizás...
F: Claro, en ese momento sí. Porque fue un minuto de lucidez cuando dice: Bueno, oye, no lo conozco de nada; voy a ponerlo, claro...*

También se utiliza en algunas prácticas concretas, en donde el **preservativo aporta un beneficio sin que pueda poner en duda la calidad de la relación de pareja**. Estas situaciones se pueden dar si la pareja realiza sexo anal o cuando la mujer que no está cómoda haciendo una felación lo utiliza para evitar el contacto del semen con la boca.

Otra situación donde se puede llegar a utilizar el preservativo es cuando se quiere prevenir un embarazo. En este caso, la principal desventaja del uso del preservativo parece ser la disminución del placer sexual.

Algunas participantes han referido al uso del preservativo con la pareja si en algún contacto sexual comercial previo éste se ha roto. En este caso, la motivación de utilizarlo es proteger a la pareja de una posible infección.

En todas estas situaciones el uso del preservativo no se asocia a la falta de amor o confianza y tampoco “convierte” a la mujer en TS o al hombre en cliente. No obstante, incluso en estos casos, a largo plazo la mujer intenta remplazar el preservativo con otros métodos.

Una situación especial es el de las personas seropositivas o que han declarado tener parejas seropositivas: el análisis cuantitativo reveló el hecho que en estas parejas se practica el uso inconsistente de preservativo y que la percepción de riesgo de la pareja que no esta infectada varia considerando a veces que la probabilidad de infectarse es grande y a veces que la probabilidad es baja. Interesante remarcar también que en todos los casos (3 de 25) ninguna de las personas seropositivas comunicó a la pareja el hecho de estar infectado/infectada y la expuso de forma consciente al riesgo. En unos de estos casos la persona acabó infectándose. El discurso de esta mujer refleja que tras averiguar que la pareja era seropositiva, toma conciencia de la magnitud de la consecuencia y apunta a la vez, a la imposibilidad de cambiar la situación, puesto:

“... referente al sida, es muy probable que uno lo coja a veces, no sólo con el cliente – a veces da la casualidad que uno elige la pareja - y va porque te gusta el chico, te gusta mucho, lo quieres, a la primera vista te causó ..(S:) impresión...., al fondo de tu espíritu, de tu sangre, como uno suele decir, enamorarse. Pues.. cuando uno tiene la...la confianza que este es el chico ideal de mi vida, bueno.. y se va a agarrar una enfermedad de allí, del sida, jímagínatej Y la cuestión es que...de tanto amor... A ver, uno no sabe si, si...si seguir o cortarla. Cuando te das cuenta, ya es tarde, ya estás prendida en la enfermedad ¿y qué pasa cuando uno siente eso, que uno esta allí, prendido allá? Porque ya no tiene un paso atrás, no te puedes suicidar porque piensas en tus hijos, en tu familia, bueno...en todo lo que ha venido a hacer aquí”

Resumiendo, podemos concluir que el no uso del preservativo es una práctica generalizada en las relaciones sexuales que mantienen las TS con sus parejas, y que viene acompañada de una serie de mecanismos defensivos cuyo objetivo es disminuir la disonancia que crea el hecho de no usar el preservativo, con la percepción alta de riesgo, fundada en la creencia que los hombres son infieles por naturaleza. Finalmente, la motivación profunda de esta práctica reside en que, en la relación de pareja la obtención de beneficios afectivos y sexuales es más importante que la protección de la salud. Las excepciones (es decir los casos en los que sí se utiliza el preservativo) aparecen ligados al fracaso amoroso, o a las situaciones en las que el uso del preservativo no supone la pérdida de beneficios afectivos y sexuales de la relación.

4. CONCLUSIONES

- La RS del uso del preservativo entre el colectivo de TS es una imagen colectiva que se podría sintetizar en una serie de asociaciones que se dan en el ámbito de las relaciones comerciales por un lado y en el ámbito de la relación de pareja por el otro (representación binucleica).
- Hablando de clientes, las TS asocian el uso del preservativo a la protección de la salud, mientras que, hablando de pareja, lo asocian a una serie de pérdidas afectivas y sexuales en la vida privada (falta de confianza, falta de amor, disminución del placer sexual).
- El análisis del *por qué* de estas asociaciones pone de relieve un discurso que enfatiza la funcionalidad del preservativo: el uso del preservativo es *la herramienta* a la que las TS acuden ante *amenazas*, que pueden poner en peligro *algo* que para ellas es sumamente importante.
- En el ámbito de las relaciones comerciales, “lo importante” es básicamente la salud, que requiere ser defendida puesto que para conseguir dinero (la motivación principal del trabajo sexual) las TS deben enfrentarse a amenazas que para ellas son importantes (por un lado consideran que “en el mundo de la prostitución corren muchas enfermedades”, y por el otro lado saben que se han de enfrentar a un número elevado de demandas sexuales sin protección).
- En el ámbito de las relaciones de pareja, “lo importante” es que éstas cumplan los requisitos de un modelo idealizado de pareja, que se basa en el amor, la confianza/fidelidad, y la satisfacción sexual. En la esfera de la vida privada, la protección de la salud cobra menor importancia, no tanto debido a una baja percepción de riesgo, sino al hecho que la protección de la salud se sitúa por detrás de otros beneficios afectivos y sexuales que caracterizan este modelo idealizado.
- Si en el ámbito laboral, la amenaza la constituía algo externo y en cierta medida “tangible”, en el ámbito de la relación de pareja, la amenaza es *simbólica*, una interpretación subjetiva de hechos objetivos. Estos hechos objetivos que pueden “amenazar” el amor, la confianza, la satisfacción sexual, son la infidelidad del hombre y el propio estatus de trabajadora sexual.

- La infidelidad de la pareja es una amenaza simbólica porque se interpreta como prueba de la falta de confianza y amor, y consecuentemente, deja constancia del fracaso amoroso.
- El propio estatus de TS juega también este papel de amenaza simbólica. Para las TS, el ejercicio del trabajo sexual es incompatible con este modelo idealizado de pareja, y en consecuencia, su identidad laboral no puede confluir con la identidad de pareja (tanto desde su perspectiva, como desde la que atribuyen a su pareja).
- Ante estas amenazas, el uso del preservativo se convierte en un instrumento que en el ámbito laboral permite a la TS protegerse antes las enfermedades. El preservativo es "*lo mejor que hay*", un símbolo en sí del trabajo sexual.
- En el ámbito de la relación de pareja, el preservativo se convierte en una *herramienta simbólica*: las TS acuden al NO USO, por un lado para reforzar la idea que su pareja es fiel, y por el otro, para separar a nivel simbólico el mudo laboral de la esfera de la relación de pareja. Además, a esta funcionalidad simbólica se le suma una objetiva: al no utilizar el preservativo no se disminuye la satisfacción sexual que las TS atribuyen a su uso.
- La funcionalidad aludida anteriormente hace que en la esfera de las relaciones comerciales la actitud hacia el preservativo sea positiva de forma generalizada, mientras que en el ámbito de las relaciones de pareja, la actitud sea negativa de forma generalizada.
- Las normas que dictaminan el uso del preservativo son congruentes con estas actitudes: en el ámbito laboral, el preservativo se tiene que USAR, mientras que en el ámbito de la pareja, se tiene que NO-USAR.
- En el ámbito laboral, las únicas excepciones que contempla la norma están ligadas a una disminución de la percepción de riesgo o a la priorización de otros beneficios (principalmente económico) ante la salud. El primer caso lo pueden representar las TS que mantienen contactos sexuales con el "cliente fijo", las TS que consumen drogas o alcohol, las TS que padecen algún trastorno mental etc.... El segundo caso no aparece ligado a un perfil particular, si no a la jerarquía de prioridades de cada TS. Ante la creciente dificultad de conseguir dinero, las TS pueden llegar a incumplir la norma de utilizar el preservativo y consentir relaciones sexuales desprotegidas.
- Delante del cliente que no consiente el uso del preservativo, las TS intentan en general negociar y convencerle de la idoneidad del uso de éste. Si la negociación falla, pueden

recurrir al engaño; no obstante el cliente también utiliza sus técnicas, lo que hace que muchas veces la TS tenga que decidir claramente si priorizan la protección de la salud antes que las ganancias económicas.

- Aparte de la priorización del dinero, las TS pueden anteponer también el amor y la satisfacción sexual (aunque menos frecuentemente) a la salud. Este caso es el de las TS que se sienten muy atraídas sexualmente por el cliente y por tanto quieren tener una relación sexual totalmente satisfactoria, o las TS que piensan que al no utilizar el preservativo incrementan las posibilidades que el cliente se enamore de ellas (el beneficio final que persiguen es convertirlo en su pareja).
- En el ámbito de las relaciones de pareja la práctica generalizada de NO USAR el preservativo viene acompañada de la activación de una serie de mecanismos defensivos que afianzan por un lado la semejanza entre la relación de pareja y el modelo idealizado de pareja, y por el otro lado, la separación simbólica entre el ámbito laboral y el ámbito de la vida privada. Estos mecanismos son principalmente la negación (negar los indicios de una presunta infidelidad de la pareja) y la disociación (redefinir aspectos comunes a los dos ámbitos, para así, suprimir las zonas de encuentro entre los dos; por ejemplo, la fidelidad, que es un requisito tan importante en la relación de pareja, se reinterpreta como ausencia de placer sexual en la relación comercial).
- Las excepciones respecto al uso del preservativo en la esfera de las relaciones de pareja las encontramos principalmente ligadas a la asunción del fracaso amoroso y a las situaciones en las que el uso del preservativo no pone en duda la fidelidad de la pareja, si no que se utiliza porque aporta unos beneficios concretos (prevención de embarazos,..). Este último caso no obstante, se asume como una situación transitoria, puntual.

5. DISCUSION

Este apartado recoge una serie de reflexiones basadas en los resultados del presente estudio, que a nuestro juicio, podrían guiar la mejora de las estrategias de prevención de ITS dirigidas a este colectivo.

Los resultados del trabajo indican que, pese al hecho de hablar del mismo fenómeno, - el uso del preservativo -, y el mismo colectivo – las TS -, cuando hablamos del preservativo y TS hablamos de significados e implicaciones totalmente diferentes según el tipo de pareja sexual (cliente o pareja afectiva).

En base a la teoría que enmarcó el estudio, los esfuerzos de incrementar las tasas de uso del preservativo tendrían que ir dirigidos al núcleo de la RS. Dicho de otra manera, para promover el uso del preservativo se tendrían que modificar aquellas creencias nucleares que sostienen su no uso, en cada uno de los ámbitos.

En el ámbito de las relaciones comerciales, el “núcleo” de la representación favorece el uso del preservativo, puesto que aquello que el uso del preservativo protege (la salud), es altamente valorado por la gran mayoría de las participantes.

El fomento de la percepción de riesgo (elemento en el que se basan las estrategias actuales) es muy útil, ya que es uno de los principales pilares motivacionales del uso del mismo. No obstante, vemos que los casos en los que no se utiliza el preservativo esto no se debe principalmente a la disminución de esta percepción. Las mayorías de las excepciones señaladas están ligadas a situaciones en las que las TS valoran otros beneficios por encima de la protección de la salud. En este sentido, insistir en la promoción del preservativo es enfatizar principalmente el valor de la salud, por encima de estos otros beneficios/recompensas ligados al trabajo sexual.

A nuestro juicio, y en la línea de otros estudios que analizan las motivaciones que subyacen la protección de la salud (18,19,20,21), para conseguir plenamente este objetivo sería preciso priorizar un trabajo psicológico enfocado a la elaboración del autoconcepto y fomento de autoestima, haciendo especial énfasis en la elaboración personal del sistema de valores.

Este trabajo estaría aún más justificado teniendo en cuenta aquellas situaciones en las que las TS legitiman el no uso del preservativo, en base a una necesidad económica ligada a una situación de urgencia familiar. Consideramos que en estos casos, es preciso que las TS pueda hacer la distinción entre la *obligación* y el *deseo* de hacerlo; para poder realizar esta distinción es necesario un cierto nivel de autoconocimiento y de autoaceptación. Pongamos un ejemplo: alguien que nunca ha cuestionado donde acaban sus “obligaciones de hija” podría “dar su vida”

por sus padres al acatar la norma vigente en el espacio cultural donde se ha criado; en base a este imperativo, si en la familia hay una urgencia familiar que se podría solventar con dinero, ella podría decidir mantener una o más relaciones sexuales sin preservativo para conseguirlo. En este caso, el trabajo en autoestima/autoconcepto pretendería ayudar a la TS a elaborar un posicionamiento personal delante de esta norma (saber cuales son sus necesidades reales, y para ello, saber *quien/como* es ella). Una vez definida la postura personal delante de esta norma, la persona decidiría si la quiere incorporar o no, y en caso de rechazarla no sentirse culpable por ello. Finalmente, mencionar que este trabajo no garantizaría que las TS escogieran siempre la propia protección de la salud antes que conseguir el dinero para una urgencia familiar, pero sí creemos que ayudaría a la TS a valorar la situación desde un ángulo más justo para la propia persona.

Las habilidades de negociación del preservativo (el otro eje actual de la intervención dirigida a este colectivo) son muy importantes, ya que incrementan la posibilidad de que la TS logre su doble objetivo: ganar dinero y proteger la salud; no obstante, independiente de las destrezas negociadoras de la TS, el cliente puede rechazar mantener una relación sexual con preservativo. En este caso, lo que hará la diferencia entre el uso y el no uso del preservativo es la jerarquía de prioridades de la TS (si priorizan el dinero antes que la salud o al revés). Por lo tanto, consideramos conveniente seguir insistiendo en el entrenamiento en habilidades de negociación, pero sin perder de vista el hecho que éstas no tienen el valor decisivo.

En la línea de nuestros resultados, pensamos que las estrategias anteriormente mencionadas, se podrían complementar con estrategias que las TS podrían utilizar para compensar la pérdida de clientes y/o incluso valorar si no le es más conveniente realizar otro trabajo, si es que a través de las relaciones sexuales con protección no cubren sus necesidades económicas.

Otro aspecto importante a tener en cuenta, es intentar modificar las creencias erróneas en torno a la salud, que reportaron especialmente las TS africanas, y también, aunque en menor medida, aparecen en el discurso de las demás subcategorías poblacionales. Respecto al colectivo africano, consideramos que es importante que este trabajo tenga en cuenta las diferencias culturales entre el concepto de salud/enfermedad que este colectivo presenta y el concepto de salud vigente en el espacio occidental. A nuestro juicio, si se obvian estas diferencias, es poco probable que las TS se muestren permeables al mensaje preventivo. Consideramos también que este trabajo es prioritario por ser un subgrupo especialmente vulnerable, puesto que a estas creencias erróneas (cuya consecuencia es, en general, una subestimación de la percepción de riesgo), se le une una presión económica elevada.

Otra vía de intervención, complementaria al fomento de la autoestima, podría ser reducir la demanda de servicios sexuales desprotegidos, centrándose en llevar a cabo un trabajo dirigido a los clientes. Es probable que esta vía sea más difícil, puesto que los clientes de las TS son

una población de aún más difícil acceso que las TS mismas (22,23). No obstante, experiencias previas han demostrado el éxito de las políticas de prevención en este colectivo, garantizando el uso del preservativo en las relaciones sexuales comerciales, puesto que siempre que no se utiliza el preservativo es porque el cliente no quiere utilizarlo, y siempre que el cliente quiere utilizarlo, éste se utiliza.

Por último, mencionar que el trabajo preventivo dirigido a este colectivo tendría que asumir la realidad social de las TS, una realidad en la que estas mujeres están expuestas a presiones externas que podrían hacer peligrar su vida aún más que un contacto sexual desprotegido (la presión del proxeneta por ejemplo, que les exige de forma incondicional una cantidad diaria de dinero que no se podría conseguir salvo que la TS consintiese a mantener relaciones sexuales desprotegidas). Tal como aludía una participante, las TS que se encuentran en esta situación pueden valorar como menos peligrosa la amenaza de infección por ITS a través de contactos sexuales desprotegidos que la amenaza de la violencia física por parte del proxeneta. Consideramos que en estas situaciones, sería más efectivo dotar a la TS de habilidades para poder manejar de la mejor forma posible la situación conflictiva con el proxeneta, sin insistir en la incondicionalidad de la norma de no uso, y paralelamente, seguir trabajando en autoestima junto con habilidades de negociación del preservativo.

Señalar también que a nuestro juicio, los últimos cambios normativos que regulan el ejercicio del trabajo sexual en los espacios públicos aumentan la posibilidad de que las TS no utilicen el preservativo, ya que incrementan la presión económica tanto por las sanciones que reciben por ejercer en la vía pública como por la disminución de presencia de clientes debido a que éstos también son sancionados.

Respecto al ámbito laboral, las conclusiones avalan las directrices del Plan Nacional de Sida (PNS) en relación a las personas que ejercen la prostitución (PEP). Por un lado, estas directrices se hacen referencia al incremento de conocimientos sobre los mecanismos de transmisión del VIH y las medidas preventivas, las prácticas sexuales de riesgo y el correcto uso del preservativo, y por otro mencionan la importancia de fomentar habilidades para negociar un sexo más seguro con las parejas sexuales comerciales de estas mujeres. Además, el PNS considera que estas intervenciones deberían de ser específicas según las personas, procedencias y ámbitos en los que se ejerce la prostitución, debido a las peculiaridades sociales y culturales específicas del colectivo. Finalmente, las directrices ponen de manifiesto la necesidad de habilidades y entornos que favorezcan la reducción de la susceptibilidad y vulnerabilidad de este colectivo para que las intervenciones sean efectivas (24).

Respecto al ámbito privado, la principal aportación del estudio es evidenciar que el preservativo no solo NO SIRVE con la pareja, si no que sirve NO USARLO; esto explica por qué los mismos esfuerzos de promoción del preservativo que se muestran eficaces en el ámbito de las

relaciones comerciales, se muestran totalmente ineficaces en la esfera de las relaciones de pareja.

Tal y como precisábamos anteriormente, según nuestro marco teórico el cambio tendría que ir dirigido a las creencias/actitudes más nucleicas que sostienen el no uso. Teniendo en cuenta la representación actual del uso del preservativo en este colectivo, para que las TS lo utilicen con sus parejas afectivas tendría que darse un cambio en la jerarquía de valores, en el que pudiesen priorizar la salud antes que los beneficios afectivos y sexuales de la relación de pareja. Para la consecución de este objetivo, consideramos que sería útil realizar un trabajo profundo en autoestima/autoconcepto, haciendo especial énfasis en los factores que hayan podido contribuir a construir una autoimagen pobre, marcada por contradicciones internas (mensajes descalificadores, eventos traumáticos, actos de violencia, etc). De este modo, conseguiríamos un fortalecimiento personal que permitiría afrontar de una manera más funcional las discrepancias a las que se enfrentan las participantes (discrepancia entre el modelo idealizado de pareja y la propia pareja y discrepancia entre este modelo y su estatus laboral). Actualmente las TS afrontan de una manera poco funcional esta discrepancia: NO uso del preservativo más activación de defensas (negación y disociación).

Si el trabajo es una fuente de autodiscriminación, suponemos que el fomento real de la autoestima capacitaría a las TS para elegir entre las distintas opciones posibles: renunciar al trabajo, cambiar la visión que se tiene acerca del mismo, asumir la incongruencia con el sistema de valores o resignificarlo dentro de éste, etc.

Suponemos también que en base a estos avances, es más factible que las TS tengan la fortaleza personal necesaria para afrontar estas disonancias y asumir que o bien la persona que tienen al lado no corresponde a ese modelo ideal, o bien que el modelo no sirve. Las opciones serían o *aceptar el fracaso amoroso* (romper de alguna manera la relación de pareja) o *renunciar al ideal* (seguir manteniendo la relación, pero sin tener como referente ese modelo idealizado).

El primer caso correspondería a aquellas participantes que declaran haber aceptado el fracaso amoroso y a la vez, utilizan el preservativo. No obstante, si el ideal persiste, hay siempre el riesgo de que el preservativo no se utilice, ya que si la mujer llega a identificar una futura pareja con este ideal, dejará de utilizar el preservativo.

El segundo caso – renunciar al modelo idealizado- favorecería más el uso del preservativo. Si esto ocurriera, la supuesta infidelidad del hombre y el propio estatus laboral dejarían de ser una amenaza. Nuestra hipótesis en este caso es que la salud como valor dejaría de ser contrapuesta a los beneficios afectivos/sexuales de la pareja y las TS podrían acudir con más facilidad al uso del preservativo (ya que existe una percepción de riesgo en la pareja).

Consecuente, sería útil reemplazar este modelo actual, con un modelo que fuese compatible con la protección de la salud. No obstante, los datos de los que disponemos no nos permiten precisar qué y cómo se tendría que cambiar para que este modelo idealizado e incompatible con el uso del preservativo deje de ser una referencia para las participantes.

A nuestro juicio, sería necesario profundizar en la misma representación del modelo de pareja afectiva que comparten las TS y particularmente, en los roles de género que se ponen en juego, para entender si una intervención enfocada a la modificación nucleica de esto sería viable.

Otra línea de intervención, quizás más accesible, pero que no iría dirigida al núcleo del problema, sería aceptar situarnos en este modelo, y dentro del mismo, resimbolizar las amenazas actuales y consecuentemente, el uso del preservativo. Dicho de otro modo, aceptar que lo más importante para las TS en una relación de pareja son el amor, la confianza y la satisfacción sexual, pero relativizar la amenaza constituida por la infidelidad del hombre y el estatus de trabajadora sexual. Utilizamos el término “relativizar” y no “eliminar” puesto que, una vez aceptemos situarnos en este modelo, la supuesta infidelidad de la pareja y el estatus de TS seguirán siendo un problema, debido a que es la estructura misma de este modelo, la que comprende estos significados.

Partiendo de esta base, se podrían relativizar las amenazas actuales aludiendo por ejemplo a “otra” amenaza que tuviera más peso que las actuales y que se pudiera afrontar solamente utilizando el preservativo. Dicho de otra forma, evidenciar otro elemento amenazante que pueda impedir que la mujer se sitúe en este modelo idealizado por un lado, y por otro, promover el uso del preservativo, como única herramienta para afrontarlo. Este elemento o nueva amenaza podrían ser las posibles infecciones/enfermedades a adquirir; partiendo de la base que pese a las medidas preventivas que en general toman las mujeres, el trabajo sexual implica riesgos para la salud. El uso del preservativo con la pareja afectiva tendría otro significado, sería una herramienta que dejaría constancia del amor que la TS guarda a su pareja, del deseo de protección y cuidado hacia el otro. Este planteamiento no obstante, únicamente tendría como objetivo la protección de la salud sin cuestionar el modelo ideal, los roles de género, y sin tener en cuenta la autodiscriminación que conlleva intentar mantener esa disonancia. En definitiva, esta resimbolización del preservativo puede dar alternativas a corto plazo pero en realidad, no accede al núcleo del problema.

Entre las limitaciones del estudio cabe mencionar el no tener una muestra representativa de mujeres que ejercen el TS en Cataluña y por tanto no se pueden generalizar los resultados obtenidos. Además, no se pudo estratificar la muestra por edad ni por lugar de trabajo. Finalmente, no se pueden descartar limitaciones relacionadas con barreras culturales o incluso idiomáticas durante el estudio, especialmente con las mujeres de origen africano.

Insistir en la promoción del preservativo es enfatizar principalmente el valor de la salud por encima de otros beneficios/recompensas ligados al trabajo sexual. En este sentido, será necesario priorizar un trabajo psicológico enfocado al fomento de la autoestima haciendo especial énfasis en la elaboración personal del sistema de valores.

En este sentido, se debería de hacer especial énfasis en los factores que hayan podido contribuir de manera negativa en el desarrollo de la autoestima (mensajes descalificadores, eventos traumáticos, actos de violencia, déficit de habilidades sociales, etc).

Se debería de seguir insistiendo en el entrenamiento en habilidades de negociación del preservativo en el colectivo en el trabajo sexual, ya que incrementan la posibilidad de que las mujeres logren su doble objetivo: ganar dinero y proteger la salud.

Por otro lado, ya que el actual perfil de pareja de las participantes rechaza el uso del preservativo, sería necesario que el trabajo dirigido a las TS incorporara también el entrenamiento en habilidades de negociación del uso del preservativo con la pareja.

Sería aconsejable que la intervención enfocada al fomento del preservativo en la esfera de las relaciones de pareja conjugara un trabajo en autoestima (para que la salud cobre valor por encima de otros beneficios) con un trabajo enfocado a la modificación del modelo idealizado de pareja, que acuña el no uso del preservativo.

Las intervenciones a desarrollar deberían de ser específicas según las personas, procedencias y ámbitos en los que se ejerce la prostitución, debido a las peculiaridades sociales y culturales específicas del colectivo. Por otro lado, se deberían de intentar modificar las creencias erróneas en torno a la salud que presentan estas mujeres, especialmente el colectivo de origen africano.

Concluyendo, podemos decir que en base a los resultados del estudio, es aconsejable que la intervención enfocada al fomento del preservativo en la esfera de las relaciones de pareja conjugue un trabajo en autoestima/autoconcepto (para que la salud cobre valor por encima de otros beneficios) con un trabajo enfocado a la modificación del modelo idealizado de pareja, que acuña el no uso del preservativo. A la vez, no tenemos que perder de vista, que el actual perfil de pareja de las participantes rechaza el uso del preservativo, lo cual nos hace suponer que en el caso que las TS llegaran a proponerlo, se encontrarían con el rechazo de la pareja. Por esto consideramos necesario que el trabajo dirigido a las TS incorpore también el entrenamiento en habilidades de negociación del uso del preservativo con la pareja.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. The Epi-VIH Study Group. HIV infection among people of foreign origin voluntary tested in Spain. A comparison with national subjects. *Sex Transm Infect.* 2002;78:250-4.
2. Estébanez P, Rodríguez MA, Rodrigo J, Ramón P. Evaluación y tendencias de predictores de riesgo asociados a VIH/sida y otras ETS en trabajadoras sexuales en España. Estudio financiado por FIPSE, 2002. Expediente 2065/99.
3. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya (CEESCAT). SIVES 2005: Sistema integrat de vigilància epidemiològica de Sida/VIH/ITS a Catalunya (SIVES): Informe anual. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2006. (Document Tècnic; 18).
4. Folch C, Sanclemente C, Esteve A, Martró E, Molinos S, Casabona J, et al. Diferencias en las características sociales, conductas de riesgo y prevalencia de VIH/infecciones de transmisión sexual entre trabajadoras del sexo españolas e inmigrantes en Cataluña. *Med Clin (Barc).* 2009;132(10):385-8.
5. Folch C, Esteve A, Sanclemente C, Martró E, Lugo R, Molinos S, et al. Prevalence of HIV, Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae, and risk factors for Sexually Transmitted Infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Sex Transm Dis.* 2008;35(2):178-83.
6. Vall M, Villa M, Saravanya M, Loureiro E, Meroño M, Arellano E, et al. Sexually transmitted Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and HIV-1 infections in two at-risk populations in Barcelona: female street prostitutes and STI clinic attendees. *Int J STD Inf Dis.* 2007; 11(2):115-22.
7. Del Amo J, González C, Losana J, Clavo P, Muñoz L, Ballesteros J, et al. Influence of age and geographical origin in the prevalence of high risk human papillomavirus in migrant female sex workers in Spain. *Sex Transm Inf.* 2005; 81:79-84.
8. Belza MJ, Clavo P, Ballesteros J, Menéndez B, Castilla J, Sanz S, et al. Condiciones sociolaborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. *Gac San.* 2004; 18(3):177-83.
9. Ford K, Chamrathirong A. Sexual partners and condom use of migrant workers in Thailand. *AIDS Beh* 2007; 11(6):905-14.
10. Zhang H, Liao M, Nie X, Pan R, Wang C, Ruan S, et al. Predictors of consistent condom use based on the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) model among female sex workers in Jinan, China. *BMC Public Health* 2011, 11:113.
11. Choi SY, Holroyd E. The influence of power, poverty and agency in the negotiation of condom use for female sex workers in mainland China. *Cult Health Sex.* 2007; 9(5):489-503.
12. Moscovici S. *La psychanalyse, son image y son public.* 2a Ed. Paris France, Presses Universitaires de France, 1972.

13. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici S, coord. *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. México, DF: Paidós, 1984.
14. Abric JC. L'organisation interne des représentations sociales: Système central et système périphérique En: Guimelli Ch, comp. *Structure et transformations des représentations sociales*. París. Ed. Delachaux et Niestlé, 1994:17.
15. Flores- Palacios, Leyva- Flores R: Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* 2003; 45(5) 524 – 631
16. Freitas M, dos Santos IS, Umberto J, Lessa B, Tomasi E, Gomez C: Factors associated with condom use in woman from an urbana rea in southern Brazil. *Cad Saude Pública*, Rio de Janeiro 2005; 21(5):1557-64.
17. Adu-Oppong A, Grimes RM, Ross MW, Risser J, Keisse G. Social and behavioral determinants of consistent condom use among female commercial sex workers in Ghana. *Aids Educ Prev*. 2007; 19(2):160-72.
18. Bernard B. Estime de soi, fragilite sociale, precarite et cancer. *Psycho-Oncologie* 2011; 5(4):263-8.
19. Simon A, Senzon. Five Keys to Real Transformation in Health Care. *J Altern Complement Med*. 2011; 17(11):1085-9.
20. Mann M, Hosman CMJ, Schaalma HP, Vries NK. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health educ res*. 2004; 19:357–72.
21. Macdonald G. Self esteem and the promotion of mental health. En: Trent D, Reed C, editores. *Promotion of Mental Health*, Vol. 3. Avebury: Aldershot; 1994, p. 19–20.
22. Lowndes CM, Alary M, Labbe AC, Gnintoungbè C, Belleu M, Mukenge L, et al. Interventions among male clients of female sex workers in Benin, West Africa: An essential component of targeted HIV preventive interventions. *Sex Transm Infect*. 2007; 83:577–81.
23. Faugier J, Cranfield S. Reaching male clients of female prostitutes: The challenge for HIV prevention. *AIDS Care*. 1995; 7(suppl 1):S21–S32.
24. Belda J, Belza MJ, Estébez A, Fernández Oruña C, Fernández MA, González A, Mansilla R, Menoyo C, Rodés A, Rodríguez MA, Rouch M, Suárez M, Valle R, Zaragoza K. Prevención del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual en personas que ejercen la prostitución. Elementos clave para el desarrollo de programas. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.

8. ANEXOS

ANEXO 1: GUIÓN GRUPO FOCAL SOBRE EL USO DEL PRESERVATIVO CON LOS CLIENTES

La representación social del uso del preservativo. Grupos focales

SESIÓN 1

Guión de preguntas para los grupos focales que explorarán el tema del uso del preservativo con los clientes.

La sesión se organiza en torno a los siguientes temas:

- I. Temas relacionados con el preservativo (10 minutos)
- II. Temas relacionados con el VIH (10 minutos)
- III. Temas relacionados con el cliente (20 minutos)
- IV. Temas relacionados con la trabajadora sexual (25 minutos)
- V. Temas relacionados con el contexto (15 minutos)
- VI. La percepción de riesgo (20 minutos)

Durante la sesiones se utilizará como material de soporte (MS) un audio, diferentes tipos de preservativos y varios dibujos que faciliten la *proyección*.

Desarrollo de la sesión

Inicio (10 minutos)

- Presentación de las participantes y pase del audio

I. PRESERVATIVOS

1. **Justificación del uso del preservativo** (“¿Por qué se utiliza?”)
2. **Características del preservativo que podrían influir** en la decisión de utilizarlo
 - características físicas (se enseñarán condones de diferentes colores, texturas, sabores, accesorios etc.)
 - accesibilidad
 - precio
3. **Alternativas al preservativo** ¿Qué otros método de protección soléis utilizar? (MS). Comparación con el preservativo.

II. REPRESENTACIÓN DEL VIH (MS)

1. **Representación de los conceptos de salud/ enfermedad.**
 - Dimensiones asociadas a la salud/enfermedad (¿Qué quiere decir “estar sano” / estar enfermo?”)
 - Origen de la enfermedad (¿Está en nuestro poder protegernos o , de cualquier manera, no depende de uno pillar algo?)
2. **Explorar el concepto de VIH / SIDA**
 - Nivel informacional (¿Qué es el VIH/SIDA?, ¿Qué pasa con la persona si la pilla?)
 - Nivel actitudinal (¿Qué te hace sentir saber estas cosas? ¿Siempre habéis sentido esto o los sentimientos se han ido modificando con el paso del tiempo)

III. EL CLIENTE

1. **Definir el concepto de cliente** (¿Quién es “el cliente” para las chicas?)

Se explorarán los siguientes temas:

- frecuencia de los contactos
- vínculo afectivo con el cliente
- tipo de incentivo recibidos

2. Perfiles de clientes

A. El cliente que no quiere utilizar el preservativo

- Para contornear el perfil se explorarán los siguientes temas (MS). :
 - el “tipo de cliente” (en referencia a las tipologías del cliente contorneadas en el apartado anterior)
 - el “carácter” del cliente (agresivo, respetuosa, amable, “enrollado” etc.)
 - aspecto físico del cliente
 - estado de salud
 - características socio demográficas (sexo, edad, background cultural y religioso, donde vive, estatus marital etc.)
- ¿En general hay muchos clientes de estos o no tanto?
- ¿Pensáis que la presión del cliente es la que más pesa o no tiene mucho que ver?
- ¿Cómo puede acabar la cosa si el cliente insiste?
Si la chica le cede, ¿por qué lo hace?
Si la chica “le gana”, ¿cómo lo hace? (cual es el momento de la negociación, qué habilidades emplea para convencerlo etc.)

B. El cliente con el que la chica no considera que es necesario utilizar el preservativo (“de confianza”).

(Para contornear el perfil se explorarán los mismos temas que en el caso de los “clientes que presionan” (MS):

- ¿En general hay muchos clientes de estos o no tanto?
- ¿Suele pasar mucho esto, de que la chica deje de utilizar el condón porque el cliente es de confianza?

3. Otras cosas que pueden influir en el uso del condón (MS).

- El tipo de servicios sexuales contratados (tipo de práctica sexual, juegos eróticos, etc.)
- El sitio donde se da la relación
- El dinero ofrecido.
- Si al cliente le gusta ese tipo de preservativo en concreto.

4. Situaciones en las que ninguno de los dos no se plantea el uso del preservativo. Características

IV. LAS MUJERES

Perfil de mujeres que utilizan el preservativo / no utilizan el preservativo

1. ¿Cuándo se utiliza el preservativo se **tiene claro desde el principio que se utilizará o se va viendo** sobre la marcha?

¿Este planteamiento inicial influye mucho en la decisión o no tiene mucho que ver; puedes pensarlo al principio pero luego cambiar de opinión?

Y cuando querías utilizarlo pero acabas no utilizándolo... ¿Cómo es que cambias de opinión? ¿Qué es lo que te dices a ti misma?

*(Se insistirá en el tema de los **mecanismos defensivos**)*

2. ¿Otras características que podría influir la su decisión? (MS).

- el aspecto físico
- características sociodemográficas (edad, origen, cultura de procedencia, donde vive, estatus marital, si tiene hijos o no)
- estado de salud
- la disposición de momento
- características del trabajo sexual:
 - años que lleva trabajando, frecuencia de contactos sexuales
 - lugar de trabajo (piso, club, calle etc.)
 - autonomía en el trabajo (si está ejerciendo porque quiere o porque está obligada por alguien).
- motivación económica
- destinación del dinero

3. ¿Qué otras presiones externas podían haber? ¿Cómo influye en la decisión?

- si no está trabajando por cuenta propia, la presión de la persona para quien está trabajando
- normas de grupo (la familia, otros grupos de referencia) (MS).
- normas culturales (MS).
- normas religiosas (MS).

V. ELEMENTOS DE CONTEXTO

¿Los elementos contextuales influyen en el uso de condón o no tanto?

- el sitio donde tienen el contacto sexual (MS).
- ambiente general (MS).
- el consumo de alcohol u otras drogas:
 - o tipos de drogas y vías de administración
 - o el momento del consumo (antes/durante/después de la negociación del uso de preservativo)
 - o quien viene con la propuesta
 - o si es una decisión compartida

VI. PERCEPCIÓN DE RIESGO

1. **Consecuencias del no uso del preservativo** (En general, ¿qué podría pasar si no se utiliza el preservativo con los clientes?)
2. **Miedos relacionados al no uso** (¿De cuáles de estas cosas temen / temen más las chicas?)
3. Estimación de la **probabilidad** (¿Piensan que es probable que les pase a ellas?)
4. **¿El hecho de saber estas cosas condiciona la decisión** de utilizar el preservativo o no tanto?

Cierre de la sesión (10 minutos):

- breve resumen de la sesión;
- ofrecer el espacio para añadir y/ o resaltar aspectos importantes
- recordatorio de la próxima sesión

ANEXO 2: GUIÓN GRUPO FOCAL SOBRE EL USO DEL PRESERVATIVO CON LAS PAREJAS AFECTIVAS

Representación social del uso del preservativo. Grupos focales

SESIÓN 2

Guión de preguntas para los grupos focales que explorarán el uso del preservativo con las parejas afectivas

La sesión se organiza en torno a los siguientes temas:

- I. Temas relacionadas con la pareja (20 minutos)
- II. Temas relacionadas con la trabajadora sexual (20 minutos)
- III. Temas relacionadas con el contexto (15 minutos)
- IV. La percepción de riesgo (20 minutos)
- V. Temas relacionadas con el preservativo (20) y otros métodos preventivos (15)

Durante la sesiones se utilizará como material soporte (MS) varios dibujos

Desarrollo de la sesión

Inicio (10 minutos)

Las participantes volverán a presentarse y se retomará brevemente la presentación del proyecto.

I. LA PAREJA AFECTIVA

1. ¿Quién es la pareja afectiva? (Se explorarán los diferentes “perfiles” de pareja afectiva: marido, novio, “amigo especial” , un cliente fijo, etc.) (MS)

2. Métodos de protección en los contactos sexuales con la pareja (MS)

- tipos
- frecuencia
- objetivos del uso

3. Cuando se plantea el uso del condón ¿quiénes de ellos vienen con la propuesta de utilizarlo?
¿Cuál sería el dialogo típico cuando sólo uno de ellos quiere utilizar el preservativo? (Role playing)
El perfil de la pareja que quiere utilizar el condón
El perfil de la pareja que no quiere utilizar el condón

4. En relación a la pareja:

- si la pareja sabe que ella es trabajadora del sexo; destinación de las ganancias del trabajo sexual
- estado de salud de la pareja
- bajo los efectos de alcohol u otras drogas
- background cultural
- creencias religiosas

5. ¿Hay otras cosas que pueden influir el uso del condón? (MS).

Características de la relación:

- historia de la relación (si están casados o no, si viven juntos, si tienen hijos, etc.)
- el vinculo afectivo
- dinámicas de poder
- el reparto de la responsabilidad del mantenimiento económico de la familia.

6 .En relación al contacto sexual:

- Frecuencia de los contactos
- El tipo de práctica sexual
- El lugar donde tienen el contacto sexual
- El momento de la negociación del uso del preservativo.
- Si a la pareja le gusta o no ese tipo de preservativo en concreto.
- La habilidad de la mujer de convencer al hombre
- La habilidad de la mujer de poner el condón sin que la pareja se de cuenta en el momento

7. ¿Qué pasa si la pareja lo quiere utilizar y la chica no quiere?

8. ¿Qué suele pensar uno de ellos cuando el otro insiste en que quiere utilizar el preservativo? ¿Se puede llegar a situaciones extremas?

¿El hecho de que la pareja podría pensar esto influye en la decisión de la mujer de utilizar el condón?

II. LAS MUJERES

1. ¿Creéis que las mujeres que utilizan el preservativo tienen claro desde el principio que lo van a utilizar o lo van viendo sobre la marcha? (MS)

¿Este planteamiento inicial influye mucho en la decisión o no tiene mucho que ver; la chica lo puede pensar pero a la hora de la realidad que no lo utilice?

2. Y la que querría utilizarlo pero acaba no utilizándolo.... ¿Qué se suele decir? ¿Qué argumentos se ofrece a sí misma para esto?

(Se insistirá en el tema de los mecanismos defensivos) (MS)

3. ¿Qué otras características de la chica podrían influir en su decisión?

-el aspecto físico (MS)

- características sociodemográficas (edad, de donde es, cultura de procedencia, donde vive, estatus marital, si tiene hijos o no)

- estado de salud (MS)

- la disposición de momento (MS)

- bajo los efectos del alcohol u otras drogas

- características del trabajo sexual:

Cuántos años lleva trabajando, frecuencia de contactos sexuales

Sitios de trabajo (piso, club, calle etc.)

Autonomía en el trabajo (si está ejerciendo porque quiere o porque está obligada por alguien)

4. ¿Qué otras presiones externas podrían haber? ¿Cómo influyen en su decisión?

- si no está trabajando por cuenta propia, la presión de la persona para quien está trabajando

- normas de grupo (la familia, otros grupos de referencia) (MS).

- normas culturales (MS).

- normas religiosas (MS).

III. ELEMENTOS DE CONTEXTO

¿Los elementos contextuales influyen en el uso de condón o no tanto?

- el sitio donde tienen el contacto sexual (MS).

- ambiente general (MS).

IV. PERCEPCIÓN DE RIESGO

1. ¿Hay cosas de las que las chicas temen al no utilizar el preservativo con su pareja?

2. ¿De cuales de estas cosas temen más?

3. ¿Piensan que es probable que les pasen a ellas o no tanto?

4. ¿El hecho de pensar en lo que podría pasar si no o utilizan el preservativo influye en su decisión?

V. PRESERVATIVO

1. ¿Hay cosas que los condones podrían mejorar para que las chicas los utilicen en sus contactos sexuales con las parejas? (MS)

Según el tipo de contacto:

Contacto vaginal

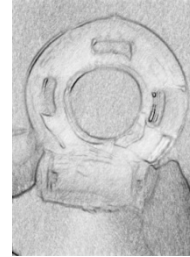
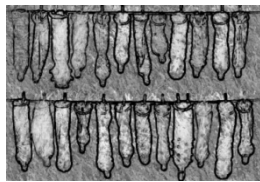
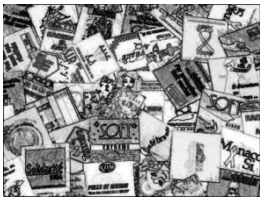
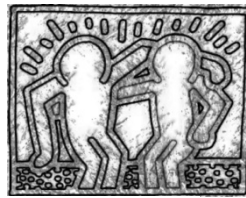
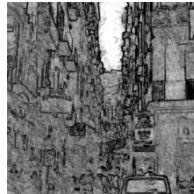
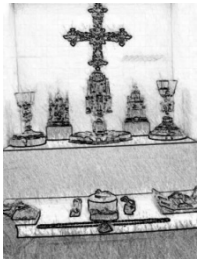
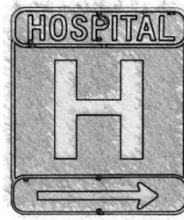
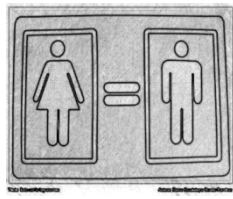
Contacto anal

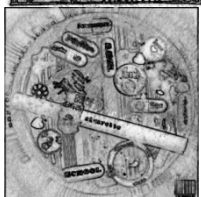
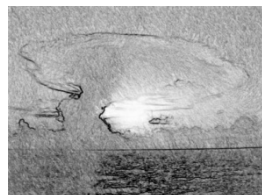
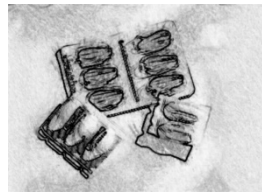
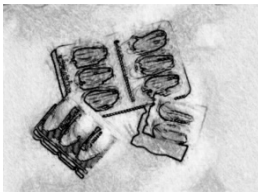
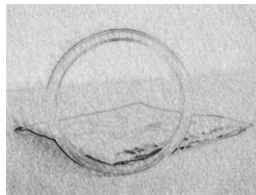
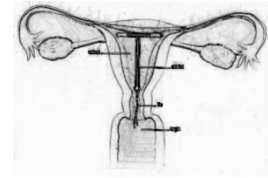
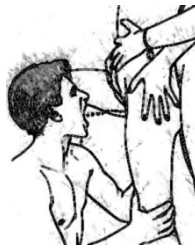
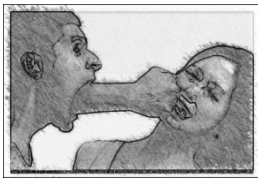
Contacto oral

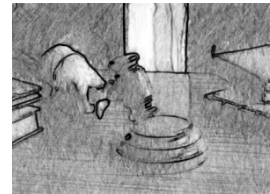
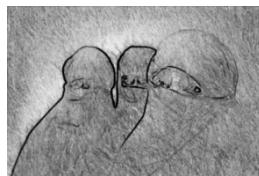
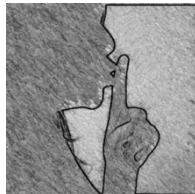
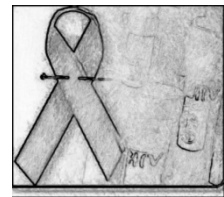
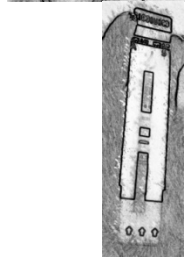
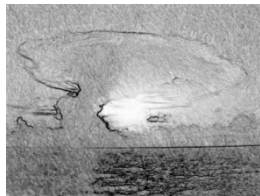
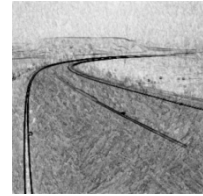
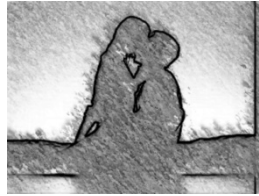
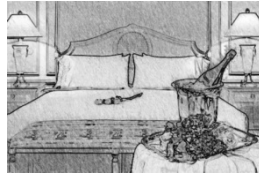
2. ¿Qué otras opciones se podrían utilizar para que se haga la prevención? Las ventajas que tienen sobre el preservativo

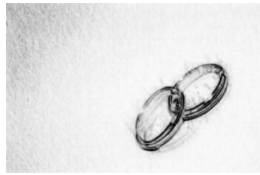
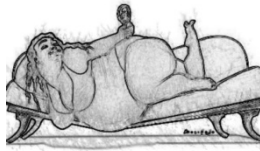
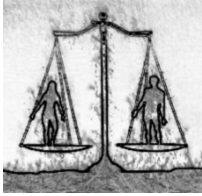
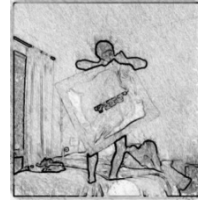
3. ¿Cuál sería el método ideal de prevención en la pareja?

ANEXO 3- DIBUJOS









ANEXO 4- ITEMS DEL CUESTIONARIO ESTRUCTURADO

1. Para mí, en mi trabajo, es importante ganar dinero.
2. Para mi trabajo, es importante pasármelo bien en la cama.
3. Me gustaría que entre todos mis clientes encontrara algún día un hombre de verdad que me quiera y me valore.
4. Para mí, en mi trabajo, es importante no pillar ninguna enfermedad sexual.
5. En tu trabajo, ¿qué es lo más importante para ti?
 - Ganar dinero
 - Pasármelo bien en la cama
 - Encontrar el amor
 - Proteger la salud
6. En el mundo de la prostitución corren muchas enfermedades.
7. Siento que como mujer corro más riesgo para mi salud por tener este trabajo.
8. Cuando estoy en el trabajo no me pongo a pensar si me gustan o no las
9. Con los clientes se tiene que utilizar la goma. Todas responden "1", entiendo que es un "SI".
 - 9.1 Aunque está bien poner la goma, hay chicas que piensan que situaciones en donde el riesgo no es tan grande y por lo tanto no lo utilizan (por ejemplo cuando hacen el sexo oral)
 - 9.2 Aunque sabe que esta bien poner la goma, si a la chica le gusta mucho el cliente en el calentón se olvidará de ponerlo.
 - 9.3 Las chicas saben que esta bien poner la goma, pero si van con clientes fijos, de confianza, la cosa cambia.
 - 9.4 Aunque esté bien poner la goma, a veces las chicas lo hacen sin preservativo porque necesitan el dinero si o si.
 - 9.5 A veces las chicas lo hacen sin preservativo porque no puede convencer al cliente que quieren ir sin goma.
 - 9.6 A veces las chicas no pueden escoger si utilizan o no la goma porque el chulo o quien sea les pide hacerlo sin goma para sacar más dinero.
10. De cada 10 clientes, ¿cuántos suelen pedir servicios sin goma?
11. Para mí, en la relación de pareja, es importante sentirme amada.
12. Para mí, en la relación de pareja, es importante pasármelo bien en la cama.
13. Para mí, en la relación de pareja, es importante no pillar ninguna enfermedad sexual.
14. Cuando hay amor verdadero, significa que hay confianza y fidelidad.
15. ¿En la relación de pareja, qué es lo más importante para ti? (*ordenar*)
 - No pillar enfermedades sexuales
 - Sentirte amada
 - Pasármelo bien en la cama
 - Sentir que hay confianza y fidelidad
16. Si utilizas la goma con tu pareja estable te sientes como una mujer de la calle y no como cualquier otra mujer.
17. Si le pides a tu pareja que utilice él goma, él te verá como a una chica e
18. Si utilizas la goma con tu pareja, para ti sería igual que hacerlo con un cliente.
19. Si quieres utilizar la goma tu pareja podría sentir que lo tratas como a un cliente.
20. Si en la pareja hay confianza, ¡la goma fuera!
21. Si en una pareja sería hay amor, ¡la goma fuera!
22. En el inicio de una relación te resulta desagradable utilizar la goma.
23. En el inicio de una relación está mal visto pedirle al chico que ponga goma.
24. En el inicio de una relación hace falta utilizar la goma.

Pregunta filtro (si la respuesta es "sí, sin duda"):

 - 24.2 Aunque crees que deberías utilizarlo, te puedes dejar llevar.
25. En una pareja que ya lleva tiempo si alguno de ellos quiere utilizar la goma es porque ya no quiere tanto al otro.
27. Si tienes una relación seria que ya lleva tiempo, no hace falta utilizar la goma.

Pregunta filtro (si la respuesta es "sí, sin duda"):

 - 27.2 Aunque sepas que deberías utilizarlo, te dejas llevar y no lo utilizas.
26. En una pareja que ya lleva tiempo si alguno de ellos plantea utilizar la goma es porque ha sido infiel.

28. En un lío de una noche te resulta un poco desagradable utilizar la goma.

29. En un lío de una noche hace falta utilizar la goma.

Pregunta filtro (si la respuesta es "sí, sin duda"):

29.2 Pero aunque lo sepas, te puedes dejar llevar.

30. En un lío de una noche está mal visto proponerle al chico que utilice la goma.

31. En el fondo, las mujeres sabemos que nuestras parejas van con otras pero no lo queremos ver.

32. ¿Cuántos clientes tuyos se han convertido luego en tus parejas

ANEXO 5 –

POSTER DE DIFUSIÓN DEL ESTUDIO

Estamos realizando un **estudio para mejorar la imagen del preservativo** y necesitamos la opinión de varias personas. Para esto organizaremos grupos de discusión donde las participantes simplemente tendrán que dar su **opinión**. Cada grupo se reunirá dos veces y cada sesión tendrá una duración de 2 horas.

No nos interesa tus experiencias personales si no simplemente **lo que piensas** con respecto al tema. Si quieres participar y finalmente eres seleccionada para uno de los grupos, **se te pagará al final 50 euros!**

Calendario de sesiones:

Grupo 1: para mujeres de América Latina:

9 de Junio de 15 a 17h y 11 de Junio de 15 a 17h

Grupo 2: para mujeres de África Sub-Sahariana:

16 de Junio de 15 a 17h y 18 de Junio de 15 a 17h

Grupo 3: para mujeres de Europa del Este :

23 de Junio de 15 a 17h y 25 de Junio de 15 a 17h

Grupo 4: para mujeres de España:

30 de Junio de 15 a 17h y 2 de Julio de 15 a 17h

Todas las sesiones serán llevadas a cabo en Àmbit Dona: C/ San Rafael,16.

Si estás interesada, llama al teléfono 666 845 625 de lunes a viernes, de 10 a 14h (Catalina). También te puedes pasar por Àmbit Dona y dejar un número de teléfono en la entrada. Nos pondremos en contacto contigo lo antes posible!

FOLLETOS DE DIFUSIÓN DEL ESTUDIO PARA REPARTIR EN AREAS DE CALLE y PISOS DONDE SE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL

Estamos haciendo un estudio sobre la imagen del preservativo.

¡Queremos **saber tu opinión** y por esto te **pagamos 50 euros!** **Sólo tienes que venir a dos reuniones de dos horas cada una.**

Si quieres más detalles, llama al teléfono 666 845 625 de Lunes a Viernes, de 10 a 14h (Catalina).

ANEXO 6 – CONTENIDO DE LA GRABACIÓN

“¿Yo soy el último a presentarse? Bueno, bueno...no me enfado. Me llamo CONDONEN y soy el padre de todos los condones de este mundo. Si, si... ¡el padre de todos los condones del mundo! Me llevo muy bien con todos mis hijos y todas mis hijas (porque también tengo hijas... la gente les llama “condones femeninos” a ellas). De mi no sé exactamente que decir...algunos dicen que soy guapo, algunos feos, algunos...que soy un genio, algunos que les sabe mal cuando me meto en sus historietas...Es que cuando ves tanta gente en tu vida es difícil que todos piensen lo mismo. En los años que llevo he visto millones y millones de personas (aunque si que es verdad que no todo el mundo ha oído de mi). Estos encuentros míos con la gente son muy interesantes:

A veces me dicen que no me han podido esperar...

A veces estoy recibido con los brazos abiertos...

A veces voy pero la gente no me quiere abrir...

Algunos me dicen francamente que no me necesitan...

Algunos me reciben a veces si a veces no...

...bueno, hay tantos casos, que para mí es difícil sacar una regla general. Todo depende... Mira, tomemos un caso concreto: oigo que podría haber algo de trabajo en no sé qué sitio. Voy corriendo para estar a la hora, pero cuando llego, de los dos o de los que haya, solo uno me dice SI. Entonces empieza una discusión entre ellos por mi culpa que no veas.. ¿Cómo se acaba todo esto? Pues....depende. Si fuese sólo yo tomaría rápido una decisión. Pero no estoy solo...Están ellos conmigo...Depende de cada uno de ellos, del buen rollo que hay, del ambiente, de si me ven un tío majo o no...Pero yo tampoco sabría aclararos, tampoco sabría exactamente porque al fin y al cabo algunos me quieren y algunos no. Mejor que preguntéis a alguien que sabe cómo van estas cosas, algún experto o algo....”

ANEXO 7: PARILLA DE OBSERVACIÓN GRUPOS FOCALES

1. Identificación de las participantes y breve descripción de las características físicas de cada una.
2. Distribución de los asientos, distancia corporal (diagrama)
3. Comportamientos no verbales (cnv)

CNV que son contradictorios con el contenido verbal: evita el contacto visual, esta a punto de decir algo pero al final no lo dice, grimazas, tapar la cara con la mano, hablar en voz baja con otra participante y negarse a hacerlo "público", aprobar a los demás opiniones contradictorias.

CNV que refuerzan el contenido verbal: inclinar la cabeza, apertura de manos/brazos, postura corporal de acercamiento, contacto visual prolongado y constante con el interlocutor etc.

CNV que indican el nivel de implicación:

Nivel bajo de implicación: postura "dejada" en la silla, brazos /piernas cruzadas, encoger los hombros varias veces, mirada "apagada", etc

Concentración, interés: fruncir el entrecejo, dilatación de las pupilas, postura corporal de acercamiento, apoyar la cabeza en la mano manteniendo los dedos rectos

Actitud hacia los demás:

No estar de acuerdo: mover la cabeza en plan horizontal, mover uno de los brazos en plan horizontal, pedir retóricamente explicaciones y a la vez encogerse de los hombros, "juzgar" con la mirada y a la vez buscando la complicidad de otra participante.

Confirmar el mensaje de otra persona: inclinar la cabeza en plan vertical, sonreír a la persona, apertura de los brazos y a la vez sonrisa o dilatación de pupilas (como queriendo decir " era justo lo que quería decir yo también), orientar el cuerpo hacia la persona , cambiar la orientación de la silla etc.

Juzgar a los demás: fruncir el entrecejo y a la vez agrandar los ojos y / o abrir la boca, "mirada sospechosa" (fruncir el entrecejo, ojos que se vuelven pequeños, "girar" la cabeza en plan vertical hacia la derecha etc.), mirada despectiva ("girar la cabeza en vertical hacia la izquierda) etc.

Inhibir/Impedir que los demás se expresen: miradas despectiva , tener la tendencia de interrumpir, mostrar desinterés por el contenido, tener contacto visual y a la vez cruzar las manos/ pernas o apartarse con la silla etc.

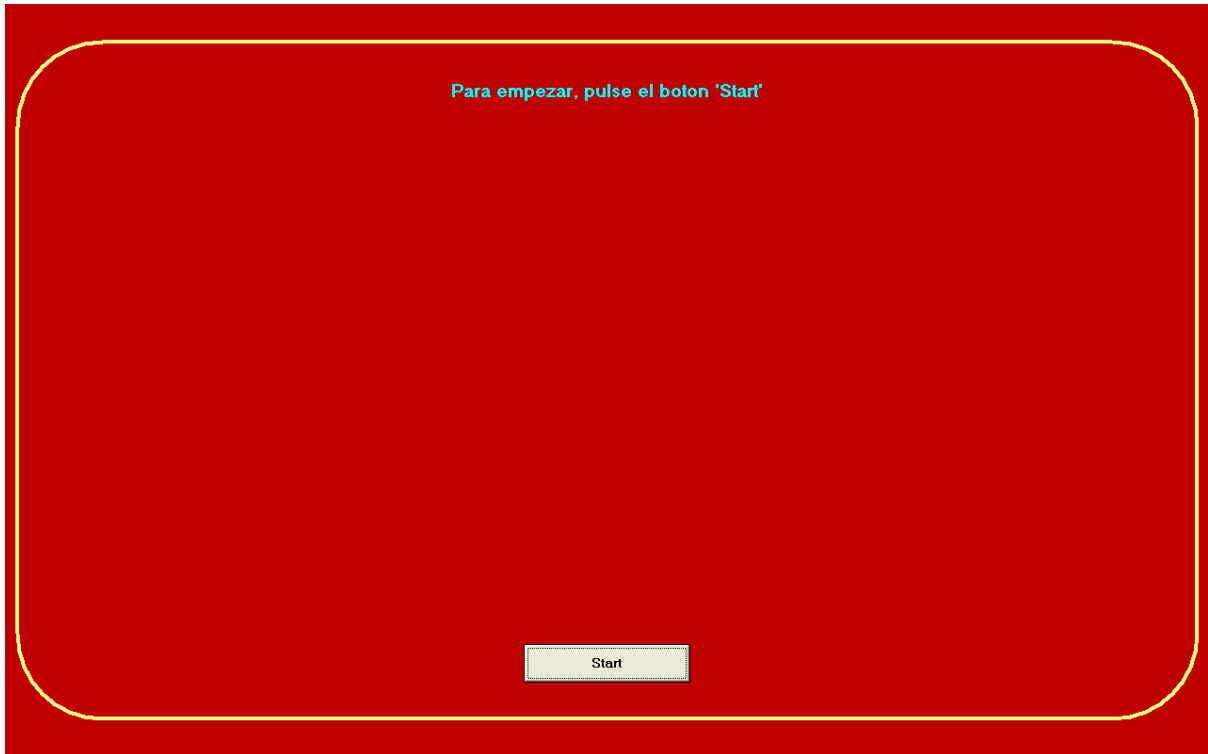
Actitud hacia el moderador:

Cooperante: mantener contacto visual, inclinar la cabeza hacia el, concentrarse cuando se lanza una pregunta etc

Pasiva: no tomar la palabra y esperar siempre que se le nombre, evitar el contacto visual con el, postura corporal "dejada" , apartada de la mesa etc

Reacia: reusar que tome la palabra cuando se le nombra, no dejar de hablar en el caso en el que se le pide explícitamente que lo haga etc.

ANEXO 8. FOTOS APLICACIÓN INFORMATICA



De cada 10 clientes, ¿cuántos te suelen pedir servicios sin preservativo?

Acuerdo total = 100%, desacuerdo total = 0%

Ninguno	Uno	Dos	Tres
Cuatro	Cinco	Seis	
Siete	Ocho	Nueve	Diez

¿En la RELACIÓN DE PAREJA, qué es lo más importante para ti?

Haz click en la imagen que se corresponde al texto elegido.

No pillar ENFERMEADES



PASÁRMELO BIEN en la cama



Sentirte AMADA



CONFIANZA y FIDELIDAD



De las tres que han quedado, ¿cuál es la más importante para tí?

Haz click en la imagen que se corresponde al texto elegido.

No pillar ENFERMEDADES



PASÁRMELO BIEN en la cama



CONFIANZA y FIDELIDAD



De las dos que han quedado, ¿cuál es la más importante para tí?

Haz click en la imagen que se corresponde al texto elegido.

No pillar ENFERMEDADES



PASÁRMELO BIEN en la cama

