

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

"ACTITUDES Y PRÁCTICAS SEXUALES EN TRABAJADORAS DEL SEXO"

Ciudad de Guatemala

Abril - mayo 2005



HUGO RENE URÍAS VALLE
FERNANDO GARCÍA VILLAFUERTE

MÉDICOS Y CIRUJANOS

Guatemala, agosto de 2005.

TABLA DE CONTENIDOS

Contenido	Página
1 RESUMEN	1
2 ANÁLISIS DEL PROBLEMA	2
2.1 Antecedentes	2
2.2 Definición del problema	3
2.3 Delimitación del problema	4
2.4 Planteamiento del problema	4
3 JUSTIFICACIÓN	5
4 REVISIÓN TEÓRICA Y DE REFERENCIA	6
4.1 Prostitución	6
4.2 El Mercado del placer	6
4.3 Aspectos sanitarios	8
4.4 Riesgo de contraer enfermedades de infecciones de transmisión sexual y virus de inmunodeficiencia humana en trabajadoras sexuales	6
4.4.1 Como se exponen al riesgo las trabajadoras sexuales	8
4.4.2 Las barreras en cuanto a prevención	9
4.5 Infecciones de transmisión sexual	10
4.6 Infecciones de transmisión sexual	11
4.6.1 Gonorrea	11
4.6.2 Sífilis	12
4.6.3 Herpes Genital	14
4.6.4 Hepatitis "B"	15
4.6.5 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	15
4.6.6 Vaginitis	16
4.6.7 Ladillas	17
4.6.8 Infección por Chlamydia (Cervicitis)	17
5 OBJETIVOS	18
5.1 Objetivo General	18
5.2 Objetivos Específicos	18
6 DISEÑO DEL ESTUDIO	19
6.1 Tipo de estudio	19
6.2 Unidad de Análisis	19
6.3 Población y muestra	19
6.4 Definición y operacionalización de las variables	20

6.5	Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados	21
6.6	Aspectos éticos de la investigación	21
6.7	Alcances y limitaciones de la investigación	22
6.8	Plan de análisis y tratamiento estadísticos de los datos	22
7	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	23
8	ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	27
8.1	Características sociodemográficas	27
8.2	Prácticas sexuales entre trabajadoras sexuales y clientes	27
8.2.1	Frecuencia de las prácticas sexuales con los clientes	27
8.2.2	Prácticas sexuales con clientes: aceptación y rechazo	27
8.2.3	Sexo mas seguro con los clientes	29
8.2.4	Prácticas sexuales con parejas personales	30
9	DISCUSION DE RESULTADOS	31
9.1	Frecuencia de las practicas sexuales con clientes	31
9.2	Prácticas sexuales profesionales	32
9.3	Iniciación y disfrute sexual	33
9.4	Uso del condón con clientes y parejas personales	34
9.5	Actitudes hacia las practicas sexuales	36
10	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	39
11	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41
12	ANEXOS	43
CONTENIDO DE CUADROS		
Cuadro 1.	Datos sociodemográficos de trabajadoras sexuales de la calle	23
Cuadro 2.	Frecuencia del trabajo sexual entre trabajadoras sexuales de la calle	23
Cuadro 3.	Prácticas sexuales solicitadas por los clientes	24
Cuadro 4.	Uso del condón en los contactos profesionales	25
Cuadro 5.	Datos sobre la vida sexual personal de trabajadoras sexuales	25

ACTITUDES Y PRÁCTICAS SEXUALES EN TRABAJADORAS DEL SEXO

1. RESUMEN

2. ANTECEDENTES

Historia

A la prostitución se la llama con frecuencia la "profesión más antigua del mundo". Sus orígenes documentados se remontan a Sumeria y a Babilonia, donde las mujeres tenían que acudir cada año al templo y practicar el sexo con un extranjero en señal de hospitalidad, a cambio de un precio simbólico. En épocas posteriores se practicaron formas similares de prostitución, con carácter religioso o cultural, en lugares como Chipre, Cerdeña y Sicilia, y otros colonizados por los fenicios.

En la ciudad griega de Corinto el templo llegó a tener más de mil prostitutas.(4)

En Israel también existía esta clase de prostitución. Parece ser que en Canaán las prostitutas y prostitutos formaron parte del culto, siendo la mayoría hombres. Estas prácticas fueron criticadas, sin embargo, por algunos profetas, como Josúa y Ezequiel.

En la Roma antigua, la prostitución era tan habitual que había nombres distintos para las mujeres que ejercían la prostitución según su estatus y especialización; por ejemplo las cuadrantarias, llamadas así por cobrar un cuadrante (una miseria), las felatorias, practicantes de la felatio, etc. En esa sociedad, así como también en la antigua Grecia, las prostitutas comunes eran mujeres independientes y a veces influyentes que tenían que llevar vestidos que las diferenciaban de las demás mujeres, y que debían pagar impuestos. De esta forma, las Hetairas griegas eran personajes que en cierto modo son comparables a las geishas japonesas en su condición entre prostitutas y cortesanas. (4)

Se cree que fue en la antigua Atenas donde se estableció el primer burdel en el siglo VI a. C. Con los beneficios de este negocio se construyó un templo. No estaba permitida, sin embargo, la captación de clientes. Existen escritos que informan de que en el siglo V a. C. el precio de un servicio era de un sexto de dracma, lo que equivalía al salario medio de un día. (4)

La Biblia también hace referencias numerosas a la prostitución común. En la Edad Media la prostitución se desarrolló de forma considerable en

Europa. Los burdeles eran frecuentemente regentados por los propios municipios. A raíz de la Reforma y de la aparición de epidemias de enfermedades de transmisión sexual en el siglo XVI la prostitución fue sometida a un cierto control. (4)

En algunas épocas las prostitutas estuvieron obligadas a diferenciarse de las demás mujeres, como fue el caso en Grecia mediante sus vestidos. Otras formas eran llevar el pelo corto o totalmente cortado. Por otra parte, en algunas culturas las prostitutas fueron las únicas mujeres que podían cantar en público.

Parece ser que los primeros preservativos fueron utilizados por las prostitutas en la Venecia del siglo

XVIII. Por aquel entonces no existía la goma, por lo que se fabricaban de tripa de cordero o de ternera. (4)

En los Estados Unidos la prostitución fue declarada ilegal en casi todos los estados entre 1910 y 1915. Durante el siglo XX muchos países comunistas manifestaron que la prostitución no existía dentro de sus fronteras.

1. DEFINICION DEL PROBLEMA

Hay muchas mas investigaciones sobre las trabajadoras del comercio sexual que sobre mujeres con otros tipos de vulnerabilidad al VIH/SIDA, en parte porque al principio de la epidemia del SIDA se pensó que ellas podrían constituir un grupo de alto riesgo para la transmisión del VIH/SIDA. Esto se debió en cierta medida a que algunos estudios reportaron altas prevalencias de infección por el VIH entre trabajadoras sexuales en África, y entre aquellas mujeres que además de hacer trabajo sexual usaban drogas intravenosas. Muchos autores extrapolaron este hallazgo a las trabajadoras sexuales en general, y a veces lo hicieron sin estudiar sus prácticas riesgosas específicas. Además, en la mayoría de los artículos sobre el trabajo sexual femenino y el VIH/SIDA subyace en una concepción de las trabajadoras sexuales como una categoría de personas que suelen tener enfermedades y ser un peligro para la “población general”. Estas concepciones estigmatizan a las mujeres que hacen trabajo sexual, regalándolas a “grupos de riesgo” en vez de promover la investigación sobre sus prácticas de riesgo específicas y los factores que pudieran influir en éstas. Es decir, muchas investigaciones sobre trabajadoras al riesgo que corre la “población general” que a las trabajadoras sexuales son especialmente vulnerables al VIH/SIDA dadas sus frecuentes desventajas económicas y por estar en posiciones de menor poder, lo cual las puede orillar a escoger entre la supervivencia económica e inmediata y la protección contra el VIH/SIDA.

Estudios rigurosos sobre este tema (lo cual implica, generalmente, que fueron hechos desde una perspectiva de género) han mostrado que las trabajadoras sexuales constituyen un grupo heterogéneo en cuanto a su ambiente laboral, situación socioeconómica, salud (estado y patrones de atención), prácticas sexuales y conocimiento y uso de medidas preventivas de la transmisión de VIH. Además, varía la manera en que conciben sus vidas privadas y profesionales, y el nivel venial. Por lo tanto, las tasas de seroprevalencia de VIH entre trabajadoras sexuales varían de un país a otro y de una región a otra en un solo país. El riesgo de infección por el VIH de las trabajadoras sexuales parece depender, más que del número de parejas sexuales que tengan, de tres factores generales: la existencia de un alto nivel de prevalencia de VIH/SIDA en la población en general, como ocurre en algunas regiones de África; el uso de drogas intravenosa por ellas y sus parejas sexuales, y las prácticas sexuales específicas en las cuales participan, ya sean riesgosa o seguras.

Por otro lado, algunos autores plantean que hay tres situaciones que pueden contribuir a una baja prevalencia del VIH entre las trabajadoras sexuales:

- Una prevalencia baja del VIH entre la población general
- Una distribución desigual de la prevalencia del VIH en la población, combinada con una tendencia entre las personas infectada a no tener contacto sexual con las trabajadoras sexuales,
- Que las prácticas sexuales de estas trabajadoras no promueven la transmisión del VIH.

El último factor en los dos casos –las prácticas sexuales riesgosas o seguras de las trabajadoras sexuales- podría ser el más importante en Guatemala, debido al bajo nivel de uso de drogas intravenosas entre trabajadoras sexuales (al menos en la Ciudad de Guatemala) así como la baja prevalencia del VIH entre la población general. Al parecer, estos factores han contribuido a las bajas prevalencias de infección por el VIH entre trabajadoras sexuales guatemaltecas.

Las prácticas sexuales de las mujeres que hacen trabajo sexual a su vez se ven afectadas por cuestiones sociales de gran complejidad: el poder desigual que tienen la mujer y el hombre en la negociación sexual, el tipo de sitio en el cual trabajan y la manera en que está organizada la administración que allí existe, el nivel de solidaridad entre las trabajadoras sexuales en un sitio de trabajo, el conocimiento que ellas tengan sobre el sexo más seguro, y la pobreza. Por lo tanto, la promoción del sexo más seguro y la prevención de la transmisión del VIH entre trabajadoras sexuales es, como se ha visto en otras poblaciones, un problema complejo que requiere de investigación antes de poder proponer soluciones afectivas. Además, diversos estudios indican que la vigilancia de la prevalencia de VIH/SIDA entre trabajadoras sexuales y la investigación sobre los factores de riesgo en esta población es importante para países con epidemias de VIH/SIDA que son concentradas, como es el caso de México.

4. MARCO TEORICO

Prostitución.

Del latín prostituere (comerciar, traficar), prostituirse quiere decir ofrecer el cuerpo para fines sexuales, a cambio de dinero u otros bienes o servicios. (1)

El término de prostitución define a cualquier mujer u hombre que lleva a cabo el coito con compañero o compañera, en cuya elección se excluye el factor emocional o afectivo, constituyéndose así la retribución monetaria en la finalidad relevante de dicha actividad. (Franco, 1973)(1)

También es interesante la definición desde el punto de vista psicológico porque toma a la prostitución como "aquella actividad que denota una autodenegación artificial al ego, que sirve a tendencias de autocastigo basadas en sentimientos de culpa; en otros casos el castigo va dirigido contra la familia, especialmente del padre". (Álvarez, 1970) (1,2)

Hay mil nombres para llamarlas: prostituta, ramera, meretriz, buscona, golfa, perra, puta, fulana, perdida, etc. En la actualidad, se ha propuesto llamarlas trabajadoras sexuales, con el ánimo de erradicar el oprobio social del cual son víctimas que, por supuesto, no desaparece porque se cambie el nombre.

Cada una de esas designaciones incluye dos aspectos fundamentales: la venta de un placer, que no es vendible, y la baja calaña de quien se dedica a este negocio. Nombres equívocos e insinuantes al mismo tiempo, quizás cualquiera de ellos es el más grave de los insultos dados a una mujer porque pretende indicar que la prostitución implica la degradación absoluta de la mujer que se vende, que entrega su cuerpo a todos quienes lo solicitan, que ha echado al basurero el sentido del honor, la privacidad y la intimidad. (3)

El Mercado del Placer

¿Cuál es el objeto de este singular negocio?, ¿Qué se busca en ese encuentro entre un varón y una mujer en el que no media ninguna otra relación que no sea la establecida por los servicios prestados y por el dinero pagado? Probablemente, éste es el aspecto que pone en contradicción la sexualidad vivida en la pareja amorosa y la relación entre la prostituta y su cliente: la ternura y la reciprocidad del placer, que son reemplazadas por el acuerdo de servicios pagados.

Cuando el hombre está solo, cuando le es difícil o hasta imposible construir y sostener una relación entre dos, cuando se sabe que, con su pareja estructurada no puede dar pábulo a sus deseos que, quizás, bordean lo perverso; cuando la insatisfacción le tiene siempre mal,

Entonces alquila por unos momentos un cuerpo que le permita sentir placer. Porque algo que caracteriza a mujeres y varones es su perenne búsqueda de lo gratificante y de lo placentero. Pese a la enfermedad y el sufrimiento, más allá de las calamidades, al ser humano le mueve el deseo de lograr el bienestar total y el goce absoluto. Sin lugar a dudas, cada mujer y cada varón viven múltiples situaciones y experiencias gratificantes y placenteras, que proveen de sentido a la vida. Pero la relación sexual suele representar la más gozosa de las experiencias. (3)

El matrimonio o una vida de pareja estable y supuestamente armoniosa no garantizan, de modo alguno, el placer y la satisfacción de la pareja. A lo mejor, tanto el varón como la mujer poseen historias conflictivas en su sexualidad, que les impide vivirla con libertad y satisfacción. Existen mujeres frías, que no han legitimado un ejercicio placentero de la sexualidad o mujeres que se niegan a la libertad de gozar en la intimidad compartida de los cuerpos, las fantasías y los deseos; se transforman en malas compañeras sexuales, que crean compañeros o esposos insatisfechos. A ello se añade la situación social y religiosa de la sexualidad femenina.

Pese a los cambios importantes que se han producido en las últimas décadas, la mujer sigue ocupando un segundo lugar, por obra del crónico sistema de exclusiones. (3)

También cuentan los varones solos y aquellos a quienes resulta difícil o hasta imposible construir y sostener una relación entre dos. Y los que, por antiguas fallas en su sexualidad, se muestran impotentes o eyaculadores precoces con su pareja y son lo contrario con la prostituta. Existe el grupo de quienes con sus esposas no pueden realizar ciertas prácticas sexuales ya que ellas no se las permiten pues no les agradan, porque atentan contra su pudor o porque, al ser casi perversas, contradicen lo que la cultura dispone para el ejercicio de la sexualidad. (3)

La prostitución termina transformándose en una suerte de supermercado al cual cualquiera puede acudir para satisfacerse, llenar un vacío, realizar sus exigencias y secretas fantasías. Desde las creencias sociales, la prostituta es la gran maestra: ella sabe todo y es capaz de todo. Tras el guiño de un ojo está la invitación al encuentro. La apertura provocativa de un escote o la cortedad de la falda aseguran el placer. Con sus labios rojos llama, convoca, invita a un placer del cual ella se presenta como dueña absoluta.

Aspectos sanitarios

Ya que las prostitutas y los prostitutos mantienen habitualmente relaciones con un elevado número de clientes, la prostitución se asocia con la dispersión de Enfermedades de Transmisión Sexual. Entre estas, el SIDA es la que actualmente reviste un mayor riesgo.

Las respuestas a este problema pueden ser, o bien intentar prohibir definitivamente la prostitución, o establecer un registro de las prostitutas y prostitutos encaminado a que realicen controles médicos periódicos, o animar de manera informal a prostitutas y prostitutos, y a sus clientes, a utilizar medios de protección y a someterse a revisiones médicas.

Las dos primeras alternativas son consideradas frecuentemente inadecuadas. Prohibir la prostitución significa que ésta se convertiría en una actividad a escondidas, con lo cual aumentarían aún más los problemas sanitarios, y también criminales. La segunda alternativa, consistente en llevar un registro de las prostitutas y prostitutos, convertiría al estado en cómplice de esta actividad, y no solucionaría el control sanitario de todas aquellas personas que trabajan en esta profesión de forma oculta. En consecuencia, según muchos expertos sólo queda la tercera vía, que depende de la voluntad de todos los implicados.

Riesgo de contraer ETS y VIH en trabajadoras sexuales.

Todo depende de quienes sean y la forma en que trabajan. Las personas más vulnerables a la infección con VIH son las que trabajan en la calle, estas en su mayoría son pobres, carecen de un hogar, muchos(as) son jóvenes con historia de abuso en su niñez. Todos estos factores propician la dependencia del alcohol y de las drogas. La prostituta que trabaja en la calle se expone a la violencia por parte del cliente, de la policía y algunas veces hasta de sus propias parejas. El/la trabajadora sexual que no trabaja en la calle (en burdeles, en casas de masaje, en sus apartamentos o en servicios de acompañante) están menos propensos a obtener una infección, en gran parte debido a que no dependen tanto de las drogas o del alcohol además de tener más posibilidades de controlar la transacción sexual e insistir en el uso del condón. (5)

Cómo se exponen al riesgo las trabajadoras sexuales.

Entre las prostitutas el factor principal de riesgo de contraer ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) y la infección del VIH ocurre entre las usuarias de drogas intravenosas (UDIs). Las UDIs que intercambian sexo por dinero o drogas están más propensas a compartir agujas que aquellas que no intercambian sexo por drogas, también están menos propensas a usar agujas/jeringas nuevas o limpiar las usadas. (6)

Usar drogas puede incrementar el trabajo sexual y el sexo sin protección. En un estudio entre usuarios de "crack-cocaine" reclutados en las calles de 3 vecindarios urbanos, se descubrió que las fumadoras regulares de crack intercambiaron sexo por drogas o dinero. De estas, 30% no había usado condones en los 30 días previos a la entrevista. (7)

Últimamente, los observadores han descubierto una asociación entre la infección del VIH, el uso del crack y el sexo oral sin protección. Esto puede deberse a la poca higiene bucal y al daño que ocasionan las

pipas en las que fuman el crack, a la alta frecuencia del sexo oral y a la inconsistencia del uso del condón. (8)

Los(as) trabajadores sexuales llegan a aceptar tener sexo sin protección si el cliente les ofrece una cantidad sustancial de dinero, si están necesitados(as) de dinero para obtener drogas, o si el trabajo no ha estado bueno. En algunos casos, los clientes pueden usar la violencia para obtener sexo sin protección. La policía de muchas ciudades rutinariamente confisca los condones al detener a las prostitutas, esto dificulta la obtención inmediata de los mismos.

Al igual que muchas personas en relaciones estables, los(as) trabajadoras sexuales pueden experimentar dificultad al negociar el uso del condón o tener sexo más seguro con sus propias parejas. A pesar de que un estudio encontró que 94% de los trabajadores sexuales usaron condón con los clientes, solamente 25% lo habían usado con la pareja formal. (9)

Las barreras en cuanto a prevención.

La ilegalidad de la prostitución en los países norteamericanos y latinoamericanos ha provocado que esta industria se maneje de forma clandestina, lo cual aumenta la desconfianza que tiene el trabajador sexual contra la policía y las autoridades de salud pública. Esto dificulta la efectividad de reclutamiento y prevención. Además, en muchas áreas el hecho de poseer condones puede ser utilizado como evidencia de prostitución, por lo tanto se puede arrestar a los(as) trabajadoras sexuales. (10)

La desesperación y la falta de recursos pueden tener más urgencia que la prevención misma. Las personas adictas a drogas pueden usar la prostitución como medio para poder pagar el alto costo las drogas ilícitas. Muchos de los jóvenes sin hogar no poseen los medios para subsistir, teniendo que recurrir a la prostitución como última salida. En su futuro inmediato tienen más prioridad los problemas de alimentación, vivienda y adicción que el temor de contraer el VIH.

Para lograr la prevención del VIH entre las prostitutas es esencial entender el contexto en el que se desenvuelven las transacciones sexuales y las prácticas específicas de las prostitutas. La dependencia económica y la desigualdad de derechos entre ambos sexos puede imposibilitar que las prostitutas puedan demandar un sexo más seguro. Si se regularan los negocios de orden sexual y se descriminalizara la prostitución se estarían eliminando muchos de los obstáculos que impiden el uso del condón y el sexo seguro. Los clientes y los dueños de servicios de acompañamiento deberían ser incluidos en los programas de prevención con un papel más activo.

Es necesario incrementar los fondos a programas de prevención que abarcan más ampliamente los diversos problemas a los que se enfrenta el/la trabajadora sexual cuando está en la calle o fuera de ella. Son esenciales los programas para el tratamiento de drogas, de vivienda, el cuidado de los niños y los

talleres de entrenamiento para las prostitutas. Mejorar el servicio de salud, para que incluyan el diagnóstico, el tratamiento de las ETS y el VIH, brindar apoyo cuando son víctimas de la violencia, y el cuidado de la salud mental. Los(as) trabajadores sexuales requieren amplios servicios que les protejan, incluyendo la prevención del VIH.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (E.T.S.)

Las enfermedades de transmisión sexual, también llamadas venéreas son aquellas enfermedades infecciosas que en su mayoría se contagian mediante contacto sexual. Algunas se pueden transmitir también por contacto no sexual, pero representan una minoría del número total de casos. (11)

Las ETS se propagan con bastante rapidez y facilidad: el 85% de los casos aparecen entre los quince y los treinta años, en relación con la edad de inicio de relaciones sexuales, de su variabilidad y con la falta de uso de medidas preventivas. (11)

La extensión de estas enfermedades está relacionada con:

- La frecuencia y variabilidad de pareja en las relaciones sexuales.
- La falta de información: cuando no hay información suficiente, se ignoran los síntomas y no se insta el tratamiento adecuado. Esto contribuye a que se extiendan.
- Si se padece alguna de estas enfermedades y se oculta, no comunicándolo al compañero sexual, para que él o ella también sigan el tratamiento, se contribuye a su propagación.
- Hay algunas enfermedades de transmisión sexual que no tienen síntomas llamativos y la persona que las padece puede no saberlo, a no ser que realice una revisión médica.

Existe un gran número de enfermedades que se transmiten mayoritaria o exclusivamente por contacto sexual y algunas de ellas pueden llegar a ser epidémicas.

Algunas de ellas son:

GONORREA

Esta hace parte de las enfermedades venéreas epidémicas. Es una enfermedad contagiosa que afecta a un alto número de personas en nuestro país. Es causada por un microbio (un diplococo aerobio gramnegativo, llamado *Neisseria gonorrhoeae*), que vive en las áreas más templadas y húmedas del organismo, principalmente en la uretra (conducto urinario) y cuello uterino.

Se caracteriza por un exudado purulento de color amarillo verdoso mediante la uretra. (12)

Es transmitida por contacto sexual. No se contagia por el uso de servicios públicos, toallas, etc.

Síntomas y diagnóstico:

No siempre existen, pero pueden aparecer de tres días a tres semanas después del contacto sexual con una persona infectada.

La gonorrea es más patente en los varones, en los que se observa un exudado uretral purulento importante. El pus, que al principio es escaso, se convierte en espeso y abundante, y provoca orinas frecuentes acompañadas por lo general de una sensación quemante. Si la infección alcanza la próstata el paso de la orina queda parcialmente obstruido. En las mujeres la infección se localiza en la uretra, la vagina o el cuello uterino. La vagina puede aparecer intensamente hinchada y enrojecida y la región abdominal presenta tensión e hipersensibilidad al ser palpada. Aunque el exudado y la irritación de la mucosa vaginal pueden ser graves, es frecuente que al principio no haya síntomas, o que sean mínimos.

El diagnóstico de la gonorrea se efectúa con rapidez mediante tinción de una parte del exudado que revela la bacteria causante.

Si la enfermedad no se trata, en el hombre los síntomas tempranos pueden disminuir aunque es posible que la infección se extienda a los testículos produciendo esterilidad. En la mujer no tratada, la infección suele extenderse desde el cuello uterino hacia el útero y las trompas de Falopio, causando una enfermedad inflamatoria pélvica. Puede existir dolor intenso, o persistir la infección con pocos o ningún síntoma, lesionando gradualmente las trompas y originando esterilidad. En ambos sexos el gonococo puede penetrar en la circulación sanguínea, dando lugar a una artritis infecciosa, miocarditis, u otras enfermedades. (13)

En la mujer embarazada la gonorrea se puede transmitir al lactante durante el parto y, si no se trata, puede producir una infección ocular grave. (14)

Tratamiento

El tratamiento de elección es la penicilina, aunque con el paso del tiempo se han desarrollado un número creciente de bacterias resistentes a la misma. Como opciones para su tratamiento se encuentran las quinolonas y cefalosporinas de tercera generación. (13)

SIFILIS

Esta es una enfermedad infecciosa que es causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, puede afectar cualquier órgano o sistema. La espiroqueta es capaz de atravesar la placenta por lo que la madre gestante puede transmitir la enfermedad al feto, originándose la llamada sífilis congénita, diferente, desde el punto de vista clínico, de la afección por transmisión sexual. (11,14)

También se presentan casos de contagio mediante objetos, pero estos no son tan frecuentes como los de transmisión sexual, ya que el microorganismo muere desecado cuando pierde el contacto con el cuerpo humano.

Según estudios e investigaciones la sífilis se introdujo en Europa desde América a partir de 1493 y ya en el siglo XVI constituía un problema de salud pública de primer orden. El germen causante fue descubierto en 1905 por el zoólogo alemán Fritz Schaudinn. En 1906 el microbiólogo alemán August von Wassermann desarrolló la primera prueba de detección en la sangre de la enfermedad, y en 1909 el microbiólogo alemán Paul Ehrlich descubrió el primer tratamiento efectivo: el compuesto de arsénico denominado salvarsán.

Los pacientes que presentan casos con sífilis han aumentado, además aquellos que poseen VIH están más propensos a desarrollar formas graves de sífilis. (13)

Fases de la Sífilis.

La primera fase es la de sífilis primaria que se manifiesta por una pequeña lesión llamada chancro que aparece en el lugar de la infección, de tres a seis semanas después del contagio. El exudado del chancro es altamente contagioso. (13)

La segunda fase es sífilis secundaria que se inicia aproximadamente seis semanas después de la aparición del chancro primario, aparece una erupción generalizada, se desarrollan úlceras en la mucosa bucal y pueden aparecer lesiones verrugosas de base ancha en el área genital muy contagiosas; a veces se observan cefaleas, fiebre y adenopatías. (11,13)

Finalmente esta la sífilis terciaria en la que aparecen nódulos duros llamados gomas sífilíticas bajo la piel, en las membranas mucosas y en los órganos internos: huesos, hígado, riñones... La infección del corazón y los grandes vasos, que destruye sus estructuras y ocasionan grandes aneurismas aórticos o disfunciones valvulares cardíacas, es causa de un elevado porcentaje de muertes por sífilis. (13)

En el 15% de los casos la sífilis terciaria afecta al sistema nervioso central. Esta neurosífilis puede presentarse en tres formas distintas: demencia parálitica, parálisis general progresiva y tabes dorsal. La tabes se caracteriza por una parálisis peculiar, falta de coordinación muscular (ataxia), pérdida del control de esfínteres urinarios y degeneración de los reflejos osteotendinosos. En todas las neurosífilis acaba apareciendo psicosis o demencia en mayor o menor grado. (13)

La infección de la madre gestante puede producir abortos, muerte del feto o hijos con sífilis congénita. Éstos últimos presentan síntomas patognomónicos (inequívocos) llamados estigmas sifilíticos: frente elevada, nariz en silla de montar y deformidades dentales. En la segunda década de la vida puede iniciarse el deterioro del sistema nervioso central. (14)

Diagnostico y Tratamiento.

El diagnóstico de la sífilis se establece por sus síntomas típicos y se confirma por varias pruebas serológicas o en líquido cefalorraquídeo. La más habitual es la prueba VDRL que utiliza un antígeno desarrollado por el Venereal Disease Research Laboratory . (11)

Comúnmente la sífilis se trata con penicilina.

HERPES GENITAL

Esta es una infección producida por el virus Herpes simple tipo 2, que suele transmitirse por contacto sexual y determina la erupción de ampollas y granos dolorosas en la piel y las membranas genitales tanto en el hombre como en la mujer. Cuando se trata de mujeres embarazadas el feto puede infectarse mediante la placenta. (14)

Síntomas

En el hombre las infecciones de herpes genital son muy similares a las úlceras en el pene. Inicialmente sensación de calor, picor y color rosado, luego aparecen ampollas dolorosas llenas de fluido en el área genital o rectal, mas adelante las ampollas se unen para formar una ampolla larga, también hay presencia de fiebre y de incontinencia urinaria. Cuando hay ampollas en exceso se forman llagas. (11)

Tratamiento

Actualmente ningún tratamiento puede curar el Herpes genital, pero existen tratamientos que impiden la multiplicación del virus, aceleran la curación y disminuyen el malestar. Entre ellos tenemos el aciclovir y recientemente el valaciclovir, cuya eficacia y seguridad ha demostrado en Herpes genital aguda y con recidivas.

Así mismo se ha comprobado la reducción del riesgo de transmisión. Estos medicamentos tomados en cápsulas o pastillas son más efectivos que las cremas. (11)

Los baños calientes pueden aliviar el dolor asociado con las lesiones genitales. También se recomiendan limpiezas muy suaves con agua y jabón. En ocasiones es necesario antibióticos orales.

HEPATITIS B

Hepatitis, es inflamación aguda del hígado. Puede ser producida por una infección, habitualmente viral, por sustancias tóxicas o por fármacos.(13)

La Hepatitis B es una forma de hepatitis que se transmite por contacto sexual y por vía placentaria (de la madre al feto), aunque no es totalmente una enfermedad de transmisión sexual ya que también se transmite por sangre contaminada con el virus de la hepatitis o productos que han estado en contacto con ella como transfusiones con sangre no analizada, jeringas y agujas no estériles navajas de afeitar o rasurar, cepillos de dientes, y material odontológico o quirúrgico no estéril.(11,13)

Síntomas y tratamiento.

Se siente gran cansancio y fatiga, el apetito disminuye, se presenta fiebre, náuseas y vómitos dolor en las articulaciones, urticaria, erupciones cutáneas e ictericia (la piel y el globo del ojo se tiñen de amarillo).

Se administra tratamiento para calmar los síntomas y evitar consecuencias graves, las personas que tienen Hepatitis B deben guardar reposo.

La mayoría de las personas se sanan, pero siguen siendo por mucho tiempo, portadoras del virus y siguen transmitiendo la enfermedad. (13)

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Es producida por el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH). Este es un virus que ataca el sistema inmunológico de las personas, haciendo que las defensas de estas sean cada vez más bajas, aunque no es completamente una enfermedad de transmisión sexual, una de las vías de contagio son las relaciones sexuales. (13)

El virus presente en los flujos sexuales de hombres y mujeres infectados puede pasar a la corriente sanguínea de una persona sana a través de pequeñas heridas o abrasiones que pueden originarse en el transcurso de las relaciones homosexuales o heterosexuales sin protección (preservativo) de tipo vaginal, anal u oral. (11)

Síntomas.

Una persona infectada con VIH puede no presentar síntomas al inicio de la infección, al transcurrir el tiempo, el sistema inmunológico de la persona infectada se ve alterado y puede presentarse un sin

número de manifestaciones, entre estas se presenta pérdida de peso, síndrome de desgaste, debilidad, además se presentan infecciones oportunistas como candidiasis oral, tuberculosis pulmonar o carcinoma invasivo de cuello uterino en la mujer, entre otras. (13)

Tratamiento

El tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana comprende el empleo de fármacos que inhiben la replicación del VIH, así como los tratamientos dirigidos a combatir las infecciones oportunistas y los cánceres asociados. (13)

VAGINITIS

Es una inflamación de los tejidos vaginales, causada por microorganismos que pueden transmitirse durante las relaciones sexuales.

Tipos de vaginitis.

Los dos tipos de vaginitis mas corriente son:

La Vaginitis por Tricomonas en la que se presenta una secreción vaginal con un olor desagradable, comezón intensa, ardor y enrojecimiento de los genitales y dolor durante el coito. Si no se trata puede atacar el cuello uterino.

La Vaginitis por hongos, es llamada también Candidiasis o Monilia. La ocasiona el crecimiento excesivo de un fermento tipo hongo que normalmente está presente en el cuerpo, en la vagina. Los síntomas son secreción lechosa espesa y comezón o ardor a veces muy intenso. Generalmente se trata con supositorios vaginales.(11)

LADILLAS

Las ladillas son pequeños insectos (Pediculus pubis), similares a los piojos, que solo infestan el vello de la región genital, estos son transmitidos por contacto sexual. (11)

Síntomas y tratamiento.

Causan gran picazón y comezón en la zona genital y generalmente son tratados con una loción específica y requieren de mucho aseo en dicha zona.

Infección por Chlamydia (cervicitis)

Es una inflamación del cervix o del cuello uterino causada por un organismo transmitido durante las relaciones sexuales.

La Chlamydia puede ser muco purulenta que hace relación a la uretritis del varón o ulcerativa que es mas grave y requiere de mas cuidado. (11)

Síntomas.

Los síntomas en las mujeres son leves y generalmente se manifiestan a través de una secreción vaginal y en los hombres son mas fuertes manifestando también ardor dolor y secreción amarillenta. Si la inflamación se descuida puede causar dolor, fiebre, aborto espontáneo y esterilidad. Las mujeres que tienen Chlamydia pueden dar a luz bebés propensos a las infecciones de los ojos y a la neumonía por Chlamydia. (14)

5. OBJETIVOS

- 5.1 Describir las prácticas sexuales de las trabajadoras del sexo en la Ciudad de Guatemala.
- 5.2 Describir las prácticas sexuales entre las trabajadoras sexuales estudiadas y sus clientes o parejas privadas.
- 5.3 Explorar el significado que dichas prácticas tienen para ellas.

6. MATERIAL Y METODOS

6.1 TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio de abordaje cualitativo y cuantitativo llevado a cabo en una muestra (n = 120) de trabajadoras del sexo, que laboran en las calles de la Ciudad de Guatemala. Las cuales, respondieron a un cuestionario y participaron en 5 grupos focales. Se calcularon frecuencias simples, medidas de tendencia central y de dispersión. Los datos cualitativos se interpretaron a la luz de la teoría fundamentada y con enfoque de género.

6.2 Población de estudio

La población de estudio fueron las trabajadoras del sexo de sitios de trabajo (esquinas) ubicados en las calles de la Ciudad de Guatemala. En el componente cualitativo del estudio se incluyen trabajadoras sexuales, mientras en la parte cuantitativa se estudiaron .todas las participantes trabajaban en sitios laborales de calle y eran de dos niveles socioeconómicos: medio y bajo. Se escogió estudiar este grupo de trabajadores sexuales (las que trabajan en sitios de calle) porque algunos estudios han indicado que son las que tienen más riesgo de infección por el VIH.

METODOS CUALITATIVOS

Los datos cualitativos se recolectaron a través de 5 grupos focales con 30 trabajadoras del sexo. Se moderó las entrevistas grupales con base en una guía con módulos temáticos. Después de recibir por escrito el consentimiento informado de las participantes, se grabaron las entrevistas para su posterior captura. Las entrevistas grupales se codificaron con base en categorías y para analizarla, la teoría fundamentada y la perspectiva feminista.

Se buscó, a través del análisis cualitativo, conocer y describir las prácticas sexuales entre las trabajadoras sexuales estudiadas y sus clientes o parejas privadas. Además, intentamos entender, a través de la interpretación, cómo ellas le dan significado a estas prácticas y cómo las experimentan. Se propone que algo tan íntimo y complejo como las prácticas sexuales, sean éstas profesionales o privadas, sólo puede entenderse cabalmente si las ubicamos dentro de la estructura de significados con la cual las trabajadoras sexuales las entienden.

METODOS CUANTITATIVOS

Para el componente cuantitativo del estudio se desarrolló un marco muestral; la unidad primaria de muestreo fueron los sitios donde se ejerce el trabajo sexual (bares, calles y estéticas) de una zona de la Ciudad. La información para la construcción del marco muestral fue obtenida de informantes clave,

incluyendo trabajadoras sexuales, taxistas, meseros, administradoras de sitios de trabajo sexual y personal del entonces llamado Consejo Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA).

El marco muestral se plasmó en un mapa que identifica los sitios de sexo comercial, que especifica ubicación geográfica y datos como el tipo de sitio y el número aproximado de trabajadoras. De este mapa se seleccionaron de manera aleatoria 20 sitios de calle, 30 de bar y 10 de estética, los cuales conformaron el marco muestral. Con base en este marco se seleccionó una muestra aleatoria representativa de trabajadoras sexuales; el tamaño de muestra fue de 826 participantes. Una descripción detallada de la construcción de este marco muestral aparece en otra publicación. Se construyó el marco muestral para intentar reducir el sesgo de selección que es frecuente en estudios con trabajadoras sexuales. Para fines del análisis presentado en el presente artículo se seleccionaron los datos de las 335 mujeres que trabajaban en sitios de calle.

Entre esta población de estudio se aplicó un cuestionario estructurado que incluía preguntas acerca de características sociodemográficas, estado de salud, prácticas sexuales profesionales y privadas, conocimientos, percepción de riesgo y prácticas con relación a VIH/SIDA/infecciones de transmisión sexual (ITS). Los cuestionarios fueron aplicados por 12 entrevistadores (cuatro mujeres y ocho hombres) con experiencia en la aplicación de cuestionarios y en el trabajo de campo dentro de estudios sobre el VIH/SIDA y las ITS que involucran a trabajadoras sexuales como población de estudio.

Se capturó la información en una base de datos en el programa DBASE/IV. En primera instancia, se analizó la información recolectada con los cuestionarios a través de la medición de variables continuas, lo que arrojó frecuencias simples, medidas de tendencia central y de dispersión. La distribución de cada variable se graficó para observar la hipótesis de normalidad y se realizó una prueba de comparación, cuando fue necesaria, entre grupos con y sin el evento bajo estudio. De acuerdo con el comportamiento de las variables continuas, éstas fueron categorizadas. La medición del evento de interés se hizo a través de la prevalencia del uso de condón, tanto en clientes como en parejas privadas.

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Cuadro 1
 Datos Sociodemográficos de trabajadoras del sexo de la calle
 Ciudad de Guatemala
 Abril – mayo 2005

Variable	Número	%
Edad (años)		
Media = 28 años (DS = 9.30)		
16 – 22		31.4
23 – 27		27.2
28 – 32		18.3
33 – 37		9.3
38		13.8
Estado civil		
Casada		3.6
Soltera		66.6
Otro		29.9
Nivel Socioeconómico		
Medio	161	48.1
Bajo		51.9
Escolaridad		
Alta		5.7
Mediana		42.5
Baja		51.8
Índice de educación nivel socioeconómico		
Alto		4.2
Mediano		24.6
Bajo		71.3
*Todos los cuadros se refieren a los datos de las trabajadoras sexuales de sitios de la calle de la Ciudad que completaron el Cuestionario cuantitativo.		

7.1 Características sociodemográficas

La medida de edad de las trabajadoras sexuales que participan en el cuantitativo del estudio fue de 28 años (DS 9.30). Respecto al estado civil, más de la mitad (66.6%, n = 223) de las trabajadoras sexuales eran solteras y casi la tercera parte (29.9%, n = 100) eran divorciadas, separadas o viudas, y solamente 3.6% (n = 12) dijeron estar casadas.

Aproximadamente la mitad (51.9%, n = 174) de las trabajadoras del sexo que completaron el cuestionario, eran de nivel socioeconómico bajo, y la otra mitad, de nivel medio (48.1, n = 161).

En cuanto a la educación, 42.5% (n = 142) se clasificó en un nivel medio (carrera técnica o diversificado completo o incompleto) y 51.8% (n = 173) se ubicó en un bajo nivel educativo (no fue a la escuela, primaria completa o incompleta) (cuadro 1).

7.2 Prácticas sexuales entre trabajadoras sexuales y clientes

7.2.1 Frecuencia de las prácticas sexuales con clientes

En promedio, las trabajadoras sexuales trabajaron 3.7 días (DS = 1.51) durante la semana anterior a la aplicación del cuestionario. Las trabajadoras tuvieron relaciones sexuales con un promedio de 8.6 clientes durante la semana anterior al estudio (DS = 8.12). Ellas tuvieron, en promedio, 2.1 relaciones con clientes al día (DS = 1.65). La gran mayoría de las trabajadoras de sitios laborales en la calle tienen pocos clientes con quienes no tienen relaciones sexuales, ya que 92.2% (n = 307) dijeron que siempre tienen relaciones con sus clientes.

En general, las TS dijeron que pasan una cantidad de tiempo extremadamente limitado con sus clientes: 42.4% (n = 141) paso 10 minutos o menos o menos con su último cliente, y 30.7% (n = 102) pasó entre 11 y 15 minutos (cuadro 2). Esto confirma la información recopilada con métodos cualitativos, lo cual indica que el servicio sexual no rebasa 15 minutos si no se recibe un pago extra.

7.2.2 Practicas sexuales con clientes: aceptación y rechazo

Dentro de la actividad profesional de las trabajadoras sexuales, hay varios elementos importantes que se observaron durante los grupos focales, como son las prácticas aceptadas y rechazadas con clientes y la concepción que ellas tienen de esta parte de su vida sexual. En primer lugar está la manera en la que las TS de la calle organizan la prestación de sus servicios. En la Ciudad, además de limitar el tiempo permitido para cada cliente, las TS determinan que el precio cubre únicamente lo que ellas definen el servicio sexual básico, que es la penetración vaginal en la posición tradicional. Ellas cobran una cantidad adicional por lo que se concibe como servicios extras, como el desnudarse, dejarse tocar, diferentes posiciones o tipo de penetración. Por ejemplo una trabajadora sexual lo expreso asi:

“ Lo normal es nada mas bajarse en este caso la falda o el pantalón, si quiere desnudo, se cobra aparte, la postura aparte.”

En cuanto a las practicas sexuales aceptadas, en los grupos focales las participantes mantienen que la mas común es la penetración vaginal. También según las respuestas de las participantes al cuestionario cuantitativo , la practica sexual mas solicitada por el ultimo cliente anterior a la aplicación del cuestionario fue la penetración vaginal (98.4 %). También se acepta como se menciona, el desnudarse, dejarse tocar y en alguno casos el sexo oral. Las practicas que se aceptan muy poco son las que las trabajadoras conciben como “antinaturales”, especialmente la penetración anal. La practica que nunca se acepta es el beso en la boca con los clientes. La siguiente cita de un grupo focal se refiere a este aspecto:

“ Son muy diferentes los trabajos de diferentes lugares, nosotras no mamamos, ni beso, ni que nos estén mordiendo ... porque el cliente le esta pagando a uno por desnudarse, por ponerse uno de postura, pero nada mas. Pero que lo quieran besar a uno no, o sea yo en mi persona no me dejo besar “.

Por otra parte, casi la tercera parte de las trabajadoras sexuales (29.1 %, n =) refirieron que el cliente había solicitado el sexo oral. La conversación o “platica “fue un servicio importante tambien , con 22.6 % . Las solicitudes para el sexo anal fueron relativamente pocas, pero alcanzaron (8.3 %). Finalmente, algunos clientes solicitaron la masturbación manual (6.1 %) y el masaje (4.7 %)

Variable	Número	%
Practica sexual		
Penetración vaginal		98.4
Sexo oral		29.1
Penetracion anal		8.3
Masturbación (manual)		6.1
Plática		22.6
Masaje		4.7
*Los porcentajes suman mas de 100 porque la trabajadora puede haber proporcionado mas de un tipo de servicio, como por ejemplo penetración y platica.		

7.2.3 Disociación corporal con los clientes

Uno de

Con clientes las trabajadoras sexuales aceptan la penetración vaginal y (menos) la oral, mientras rechazan la penetración anal y los besos. Con parejas personales todas las prácticas sexuales son aceptadas. En su vida profesional las trabajadoras sexuales usan la disociación psico-corporal como una estrategia de defensa psicológica y para construir su identidad. Los servicios solicitados por el último cliente fueron: (poner el % de sexo vaginal, anal y oral) y el reporte del uso del condón. Con la pareja

personal % de las trabajadoras sexuales reportaron nunca usar el condón. La semana anterior al estudio las trabajadoras sexuales laboraron en promedio días y tuvieron relaciones sexuales con clientes.

Es necesario diseñar intervenciones que promuevan el sexo seguro entre trabajadores sexuales en sus vidas privadas y profesionales. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en

Los datos y el análisis aquí presentados forman parte de una investigación hecha durante los años que busca producir estrategias efectivas de prevención de la transmisión del VIH/SIDA entre las trabajadoras sexuales y sus clientes y parejas personales en la Ciudad de Guatemala y explora los significados que estas prácticas tienen para ellas, puesto que pensamos que sólo se puede entender la sexualidad si comprendemos los significados que la construyen.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

1. Ríos, Guadalupe, 2003, "Breve historia de la prostitución en México". Disponible en el ARCHIVO de Tiempo y Escritura en <http://www.azc.uam.mx/publicaciones/tye/brevehistoriadelaProstitucion.htm>
2. Alvarez, M. 1970 . Rasgos psicológicos y psicopatológicos estructurales de la personalidad de la mujer prostituta. Tesis (Licenciatura en Psicología) México: UNAM.

3. Varios autores. Febrero 2003. "Sexualidad y Sexología" <http://abcsexologia.estilissimo.com/>
4. John Preston: Hustling, A Gentleman's Guide to the Fine Art of Sewing Shirts, Mastodontic Books, New Jersey, 1499 . De Wikipedia, la enciclopedia libre.
5. Alexander P. Sex work, AIDS, and the law. Testimony before the National Commission on AIDS; 1992.
6. Kail BL, Watson DD, Ray S. Needle using practices within the sex industry. American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 1995;21;241-255.
7. Edlin BR, Irwin KL, Faruque S, et al. Intersecting epidemics: crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults. New England Journal of Medicine. 1994; 331:1422-1427.
8. Wallace JI, Weiner A, Bloch D et al. Fellatio is a significant risk activity for acquiring AIDS in New York City street walking sex workers. Presented at the Eleventh International Conference on AIDS, Vancouver BC; 1996.
9. Dorfman LE, Derish PE, Cohen JB. Hey Girlfriend: an evaluation of AIDS prevention among women in the sex industry. Health Education Quarterly. 1998;19;25-40. Contacto: CAL-PEP 510/874-7850.
10. Cohen JB, Coyle SL. Interventions for female prostitutes. In HG Miller, CF Turner, LE Moses, eds. AIDS The Second Decade. Washington, DC: National Academy Press;1998.
11. Colmes KK, Sparling, Etal. Sexually Transmitted Diseases, 4th. Ed. Editorial McGraw-Hill, New York, 2000. El texto definitivo sobre las enfermedades de transmisión sexual.
12. Handsfield, Sparling.: Neisseria gonorrhoeae. In Mandell GL: Principles and Practice of Infectious Diseases, 4th. Ed. New York, Churchill Livingstone 1995. Revisión de la patogenia, epidemiología, cuadro clínico y tratamiento.

13. Bennett y Plum. Cecil, Tratado de Medicina Interna 20 edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México DF. 1999.

14. Cunningham, Etal. Williams obstetricia. 21 edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires Argentina. 2002.