



PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TENERIFE SOBRE SUS CONOCIMIENTOS PARA PRESTAR CUIDADOS A MUJERES EN CONTEXTOS DE PROSTITUCIÓN

Autora:

Lara González Hernández

Tutora:

María Aránzazu García Pizarro

Cotutora:

Carmen Delia Álamo González

GRADO EN ENFERMERÍA
Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Enfermería
Tenerife. Universidad de La Laguna
Curso 2020-2021
Junio 2021

RESUMEN

La prostitución es un fenómeno multidimensional y complejo, que provoca graves consecuencias en todas las esferas de la salud de las mujeres prostituidas. En contraposición con estos efectos negativos, las mujeres en contextos de prostitución encuentran diferentes barreras para acceder al sistema sanitario, que merman sus posibilidades de recibir atención sanitaria igualitaria y holística. El personal de enfermería será clave en el tratamiento de esta problemática social. La presente investigación tiene como objetivo estudiar la percepción del personal de enfermería acerca de sus conocimientos para prestar cuidados a mujeres en prostitución.

Para ello, se llevará a cabo un estudio cuantitativo descriptivo y transversal, que tiene como muestra el personal de enfermería de Atención Primaria de la isla de Tenerife. Para analizar las variables del estudio, se utilizará un cuestionario autoadministrado que analiza, además de variables sociodemográficas, variables relacionadas con la percepción acerca de sus conocimientos sobre violencia de género, actitudes y creencias hacia la Salud Sexual y Reproductiva y hacia la prostitución.

Los resultados de la investigación serán de utilidad para el tratamiento de este fenómeno desde el punto de vista de la enfermería, que se presenta como la disciplina de referencia en la atención a la violencia de género.

Palabras clave: mujer, prostitución, violencia de género, enfermería, salud.

ABSTRACT

Prostitution is a multidimensional and complex phenomenon, which has serious consequences in all areas of health of sexual workers. Despite to these negative effects, sexual workers find different barriers in order to access to the health care system, that decrease their chances of receiving equal and holistic health care. Nurses will be key in addressing this social issue. This research aims to study the perception of nurses about their knowlegde to take care of sex workers.

For that purpose, a quantitative, descriptive and traverse study will take place, which has a sample constituted by all the nurses of primary care of Tenerife. For the data collection of the variables of this study, a self-administered questionnaire will be used that analyses, a sociodemographic variable, and scales related to knowledge about gender-based violence, attitudes and beliefs towards Sexual and Reproductive Health and prostitution.

The results of the research will be useful for the treatment of this phenomenom from the point of view of nursing, which is presented as the reference discipline in the care of gender violence.

Key words: woman, prostitution, gender-based violence, nursing, health.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	
1.1 Justificación	5
1.2 Feminización de la pobreza	6
1.3 De prostitución a sistema prostitucional	6
1.4 Modalidades de la prostitución	8
1.5 Consecuencias en la salud	9
1.6 Principales barreras en el acceso al sistema sanitario	11
1.7 El papel de las enfermeras	13
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. OBJETIVOS	18
4. METODOLOGÍA	
4.1 Diseño del estudio	19
4.2 Población y muestra	19
4.3 Instrumentos de medida	19
4.4 Organización del proceso y recogida de datos	21
4.5 Técnica de análisis de datos	21
4.6 Consideraciones éticas	22
5. LOGÍSTICA	
5.1 Cronograma	23
5.2 Presupuesto	23
6. BIBLIOGRAFÍA	24
7. ANEXOS	29

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Introducción:

Delimitar el fenómeno de la prostitución es complejo, pues existen diversas definiciones, a veces enfrentadas, ya que se ven enlazadas y contrapuestas. Sin embargo, se recoge la definición más básica de la Real Academia Española (RAE): “Actividad de quien mantiene relaciones sexuales con otras personas a cambio de dinero”¹. De esta definición se extraen tres variables determinantes en el fenómeno: “el contacto sexual, la remuneración, extendida a no importa qué beneficio económico, y la naturaleza repetida o habitual de la actividad” (Dayras, 2015)². La necesidad de remuneración bajo cualquier coste, o feminización de la pobreza como se analizará posteriormente, ha convertido a la prostitución en una actividad de supervivencia aceptada socialmente como una alternativa laboral, en la que el cuerpo de las mujeres se entiende como una herramienta, un medio para un fin³.

Dicha aceptación va ligada a una doble moral, pues el sistema de organización social vigente ofrece a las mujeres la “opción” de trabajar con posibilidad de obtener beneficios económicos o materiales, bajo una condición: ser víctimas del estigma y la exclusión social que rodea a esta práctica.

Pero, ¿cuáles son las causas que influyen en el inicio de las mujeres en el sistema prostitucional?

Se distinguen tres esferas que actúan como puente de entrada de mujeres en la prostitución: los factores individuales, microsociales y macrosociales⁴.

Los factores individuales constituyen la parte más personal de la mujer, de influencia directa, por ejemplo, ser víctimas de violencia de género o abusos sexuales/violación, ausencia de redes de apoyo familiar/social, responsabilidades y/o cuidados familiares, consumo de tóxicos, baja autoestima/ autopercepción distorsionada, entre otros.

Los factores microsociales se relacionan con la red de socialización más cercana a la mujer: Familia, como, por ejemplo, con baja cohesión familiar y/o antecedentes familiares de prostitución o consumo de drogas; y la educación, como un bajo nivel de estudios, fracaso o absentismo escolar o poca integración en el entorno.

Por último, **los factores macrosociales** son aquellos que engloban la estructura social o cultura y que afectan en última instancia a la mujer: Desigualdad de género en el acceso al mundo laboral, facilidad para acceder al mundo de la prostitución, aumento de las redes de tráfico de mujeres de países subdesarrollados/en vías de desarrollo a países desarrollados y precariedad social.

Cabe destacar que más allá de las diferentes causas señaladas anteriormente, la principal causa de la existencia de la prostitución es la demanda masculina, ya que no existiría la prostitución sin hombres que prostituyesen a las mujeres³. De esta forma, el varón se comporta como “doble beneficiario, como controlador económico y cliente consumidor” (Bolaños, 2003)⁵.

1.2 Feminización de la pobreza:

El término surge en Estados Unidos en la década del 70 de mano de Diana Pearce, que llevó a cabo una investigación descriptiva sobre el fenómeno de empobrecimiento de mujeres que encabezaban hogares por la creciente esperanza de vida de las mismas y el aumento de divorcios, analizando la posición desigual en la que se encontraban las mujeres frente a los hombres para la obtención de ingresos o acceso al mercado laboral⁶. Más tarde, en la IV Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995, se afirmó que el 70% de las personas pobres del mundo eran mujeres. En esta década, el movimiento feminista puso la mirada en que la incidencia de mujeres pobres era mayor y más severa que la masculina, aumentando con ello su vulnerabilidad⁷.

Los factores que han contribuido históricamente a la feminización de la pobreza están estrechamente relacionados con los que influyen en las mujeres en contextos de prostitución, pues se evidencia, una vez más, que la desigualdad social y en activos materiales como los ingresos, bienes y acceso al mundo laboral y los aspectos culturales y educativos, son determinantes en la predominancia de las mujeres en la pobreza, lo que sumado a la presentación de la prostitución como “una salida más”, facilita el auge del sistema prostitucional.

1.3 De prostitución a sistema prostitucional

En el análisis de la voluntariedad de las mujeres en el ejercicio de la prostitución, se encuentra que es prácticamente nula, pues la mayoría de mujeres en prostitución son extranjeras, en situación irregular, o mujeres en situación de pobreza extrema, que realizan esta práctica por supervivencia o subsistencia⁸. Son un número mínimo de mujeres que la ejercen de forma autónoma, pues la mayoría de ellas, pertenecen a la

industria del sexo, que conforma el sistema prostitucional⁹. Dicho sistema está controlado por mafias y proxenetas, que reclutan mujeres convirtiéndolas en víctimas de trata sexual, constituyendo el 90% de las mujeres en prostitución. Sin proxenetas ni demandantes, no hay prostitución¹⁰. La trata de personas es un atentado contra los derechos humanos ya que vulnera los derechos de las mujeres a la dignidad, seguridad, salud y a no ser sentenciadas a la esclavitud¹¹. La visión de la prostitución como un asunto de derechos humanos, propicia el abordaje desde la perspectiva de la víctima, facilitando su salida de la explotación.

El sistema prostitucional se presenta como un negocio con miles de millones de euros de beneficio anuales que se obtienen de todas las modalidades de prostitución, contando con una demanda creciente de aproximadamente el 6% de los hombres europeos, frente al 0,6% de mujeres explotadas, lo que se traduce en casi medio millón de víctimas de trata sexual, teniendo en cuenta que solo se identifica a una de cada diez víctimas¹². A nivel internacional, se observa que los principales países oferentes son países africanos, latinoamericanos, de Europa del Este y orientales, naciones con un alto índice de precariedad en su población; y los demandantes son países con altos niveles de bienestar como Alemania, Suiza, Austria, Países Bajos, Suecia y España¹³.

En España, el número de mujeres prostituidas alcanzó la cifra de 45.000 en el año 2017, según el Centro de Inteligencia Contra el Crimen Organizado¹², lo que representa un beneficio de aproximadamente un 0,35 % del Producto Interior Bruto nacional. Solo en Canarias, el beneficio se cuantifica en 20 millones de euros¹³.

Canarias en la actualidad figura como una nueva ruta para el tráfico de mujeres para la explotación sexual hacia España, situándose como un posible destino del llamado “turismo sexual”, propiciado principalmente por la gran afluencia de turistas que las islas reciben al año.

Según un diagnóstico sobre la prostitución en Canarias, se objetiva que, en su gran mayoría, son las mujeres las que ejercen la prostitución y los varones los que la demandan. Además, dentro del análisis de más de 2500 mujeres, se halló que, son en su mayoría, migrantes de países latinoamericanos, africanos o de Europa del Este; con hijos/as a cargo o responsabilidades familiares, que necesitan mandar remesas de dinero; reclutadas en sus países de origen para ejercer en España¹⁴.

El citado diagnóstico pone de manifiesto un dato relevante en relación al consumo de tóxicos, indicando que no se presenta como la causa principal para el inicio del ejercicio de la prostitución, sin embargo, las adicciones se disparan una vez la mujer ha accedido al sistema prostitucional.

Los factores de riesgo que presentan las mujeres para ser reclutadas, son a la vez las variables definitorias de la prostitución en Canarias: Género femenino, edad joven, en situación de precariedad.

1.4 Modalidades de la prostitución

Otra de las variables con las que se puede definir el fenómeno de la prostitución, es el lugar donde se ejerce, diferenciándose las modalidades de calle, piso y club.

La modalidad de calle tiende a ser la más conocida por la sociedad, pese a ser la menos ejercida, llevada a cabo fundamentalmente por mujeres mayores, con problemática de adicción a tóxicos, desarraigo familiar y precariedad en la salud. El número de mujeres que la practican está en descenso, sin embargo, suele ser el objetivo principal de aquellas instituciones que se dedican a la intervención con mujeres que ejercen la prostitución.

El ejercer la prostitución a la intemperie tiene asociados numerosos riesgos. En la prostitución de calle, la mujer se encuentra totalmente desprotegida, además de enfrentarse a la soledad de la noche, a las inclemencias del tiempo y a las pésimas condiciones higiénico-sanitarias. La inseguridad es la tónica diaria. En la mayoría de los casos son víctimas de agresiones verbales o físicas, de abusos sexuales y atracos.

En segundo lugar, la prostitución de piso es una modalidad que se encuentra en auge y que representa el 60% de la prostitución total, quizá por ser la más invisible y discreta. Las mujeres en prostitución prefieren los pisos ya que pueden mantener el anonimato.

Destaca en esta modalidad, la facilidad y discreción con la que se desarrolla. No está sujeta a grandes inversiones económicas ni impuestos, al contrario que los clubs. Es un fenómeno de carácter mutante e itinerante, pues los pisos se camuflan en la normalidad que ofrece el integrarlos en comunidades de vecinos. Se caracterizan por los continuos traslados de las mujeres, de manera que cambian la ubicación y localización de los pisos continuamente, lo que dificulta la tarea de seguimiento y protección a las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, allanando el camino a las redes de tráfico de mujeres con fines de explotación sexual. Dicha fluidez para eludir los controles obstaculiza la obtención de datos y cifras reales del alcance de la prostitución de pisos.

Por último, en la modalidad de club, la actividad se efectúa en locales de alterne, que ofrecen servicios sexuales ocultos tras ofertas de consumiciones o fiestas temáticas. En este tipo de prostitución, las mujeres tienen mayor libertad para la selección de los clientes, pero están sujetas a las exigencias de la gerencia de los clubs, que las presionan para aumentar el número de consumiciones de los clientes y número de los contactos sexuales, en definitiva, deben aumentar la producción.

Al realizar la actividad en espacios cerrados, con poca ventilación y excesivo ruido, las mujeres se quejan de sufrir trastornos del sueño y dificultad de conciliación para la realización de gestiones u otra actividad laboral que se lleve a cabo en horario de mañana. Por otro lado, otra problemática preocupante son los trastornos digestivos, debido a la gran ingesta de alcohol que se ven obligadas a realizar en el club frente a la escasa ingesta de alimentos¹⁵.

En definitiva, todo modo de prostitución conlleva serios riesgos y graves patologías a las mujeres prostituidas, que sufren múltiples consecuencias en la salud.

1.5 Consecuencias en la salud:

En la construcción cultural de la sociedad actual, se ha fomentado la visión del cuerpo de la mujer como una herramienta de trabajo, convirtiéndolo en comercio, de ahí que las principales consecuencias en la salud estén enfocadas a los problemas físicos. La atención sanitaria a las mujeres en prostitución debe ser holística e integrar todas las esferas que se ven afectadas. Por ello, deben visibilizarse no solo las secuelas físicas, también las psicológicas, afectivo-sexuales y sociales.

En relación a las consecuencias en la salud de la mujer derivadas del ejercicio de la prostitución, se evidencia la aparición de múltiples patologías¹⁶. Las consecuencias físicas, que pueden abarcar desde cefaleas, dolores musculares, lesiones, heridas, fatiga, malnutrición y deterioro del estado de salud en general; hasta exacerbaciones de patologías no diagnosticadas o mal controladas. La invisibilización de la mujer prostituida en el ámbito sanitario dificulta la realización de un diagnóstico integral, correlacionando las múltiples patologías.

Toman especial importancia las consecuencias en relación con la salud reproductiva-sexual, derivadas de prácticas de riesgo: infecciones de transmisión sexual (ITS), trastornos menstruales, dolor pélvico e infecciones urinarias. Además de otras consecuencias, relacionadas con problemas ginecológicos u obstétricos como

embarazos no deseados o de riesgo, abortos inseguros, partos prematuros, entre otras. Cabe destacar que, frecuentemente, se ha priorizado el tratamiento de la esfera física frente a la salud mental o social de las mujeres en prostitución, lo que ha provocado que reciban una atención sanitaria sesgada.

En las consecuencias relacionadas con la salud mental, aparecen frecuentemente alteraciones del estado de ánimo como trastornos de ansiedad o depresión. Por otro lado, son comunes los trastornos en el autoconcepto que derivan de la falta de autoestima, abandono personal y sentimientos de culpa, y pueden llevar a ideación autolítica, autolesiones y Trastornos de la Conducta Alimenticia (TCA): Anorexia y Bulimia¹⁷.

Pese a no ser una causa relevante para el inicio del ejercicio, el consumo de tóxicos y automedicación se presenta como una consecuencia de los trastornos disociativos¹⁸, como herramienta para evadirse de la realidad, utilizan la disociación y los tóxicos como técnica de afrontamiento hacia la prostitución.

En esta misma línea, se encuentra el Trastorno de Estrés Postraumático que se origina por los sentimientos de continuo terror provocados por vivencias traumáticas, dolorosas y el hecho de estar continuamente amenazadas, desembocando en hiperexcitabilidad emocional, ansiedad extrema, estado de alerta, sobresaltos de forma continua o, por el contrario, pasividad emocional^{19,20}.

En este sentido, la esfera de la salud mental toma gran relevancia ya que, fomentando la actuación sanitaria sobre ella, se reducen las consecuencias del estigma y la exclusión, entendiendo a la salud mental como un instrumento de inclusión o exclusión social⁴.

Por último, en el ámbito social, se advierten diferentes consecuencias, todas relacionadas con la variante de migración y la situación de precariedad a la que se enfrentan estas mujeres. Por ello, las dificultades económicas, problemas con el arrendamiento de viviendas y en el acceso al sistema sanitario; y exclusión social o estigma por parte de la sociedad, deben ser incluidas en la valoración y anamnesis, pues provocan secuelas en su salud tanto física como mental. Las desigualdades sociales que sufren las mujeres en prostitución constituyen un factor influyente en sus afecciones sanitarias y deben ser evaluadas con el mismo rigor que la exploración física.

A todas estas consecuencias, se añade el agravante de la pandemia global por la Covid-19²¹. El confinamiento impuesto por el estado, entrañó un empeoramiento de

la situación que vivían estas mujeres, que, ya estando expuestas a la exclusión social, precariedad y aislamiento, se encontraron con una intensificación de estas circunstancias. La merma de ingresos y el confinamiento en los pisos donde ejercen, supuso el aumento de la deuda con los proxenetas.

Paralelamente, con el fin de solventar la insuficiente entrada de ingresos, se incrementó la búsqueda de nuevas formas de prostitución a través de medios electrónicos, un ejemplo de esto es el éxito de la creciente plataforma Onlyfans.

En definitiva, el alcance de las consecuencias que sufren las mujeres en contextos de prostitución sobrepasa la barrera física. Entender la prostitución como un fenómeno que afecta en su totalidad a la salud de la mujer víctima, más allá de una mera causa de la transmisión de infecciones sexuales, es primordial para valorar de forma integral la problemática de salud que tengan las mujeres en prostitución.

La complejidad de los efectos que provoca ejercer la prostitución en las mujeres, requiere aumentar el énfasis en el análisis clínico y tratamiento de todas las esferas bio-psico-sociales.

La modificación de la Ley Canaria 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres Contra la Violencia de Género, mediante la Ley 1/2017, de 17 de marzo²², supuso un verdadero avance en el reconocimiento de la prostitución como forma de violencia de género. No a la par, el sistema educativo aún no ha incluido las competencias curriculares necesarias en formación en materia de género, poniendo de manifiesto un déficit de conocimientos específicos, que redundan en la calidad de la atención a la paciente, generando una normalización y minimización del ejercicio y dificultando su reconocimiento social como violencia de género^{14,23}.

Pero las materias en perspectiva de género no son los únicos déficits que influyen en la atención estática y sesgada que se da a las mujeres prostituidas. La carencia de competencias culturales implica otra barrera que aumenta la brecha del entendimiento entre estas mujeres y el personal profesional proveedor de cuidados, debido a la influencia de la cultura de las mujeres en su visión de la salud.

1.6 Principales barreras encontradas en el acceso al sistema sanitario

A la hora de asistir a los servicios públicos de salud, las mujeres en contextos de prostitución encuentran diferentes barreras, que les impiden en muchas ocasiones,

demandar asistencia sanitaria. Las principales barreras a las que se enfrentan son de carácter administrativo y derivadas de la atención del personal sanitario.

Dentro de las barreras administrativas, se encuentra en primer lugar, el temor de las mujeres extranjeras a que, al acudir a un servicio público de cuidados, debido a su situación irregular, sean denunciadas y repatriadas o pongan en tela de juicio su capacidad de guardia y custodia de menores a su cargo¹⁴; además del Real Decreto 16/2012²⁴, que dicta la limitación al sistema sanitario de los no residentes en España. Asimismo, se evidencia una clara falta de equidad debido a la desigualdad en el ámbito económico; así como el desarrollo de dependencia, por parte de las mujeres prostituidas, hacia sus mediadores y mediadoras, debido a que son estos los que las acompañan, en la mayoría de los casos, en el proceso de atención sanitaria.²⁵

En esta misma línea, dentro del proceso de atención, se encuentran con ciertas dificultades estrechamente relacionadas con la burocracia sanitaria, por desconocimiento de la normativa de nuestro país^{4,16}. Un ejemplo de esto se observa en las desavenencias con el personal administrativo, que son el primer filtro que deben pasar para llegar a obtener la atención sanitaria que requieren. La habitual problemática que se da con este sector del personal sanitario suele ser administrativa, ya que los/las trabajadores/as deben seguir un proceso, que puede ser confundido por las mujeres en contexto de prostitución como actitudes discriminatorias, creando así más barreras de las ya mencionadas entre las mujeres y el personal sanitario. Dicha incomprensión del proceso administrativo sanitario las lleva a cometer irregularidades como presentar la documentación sanitaria de otra persona.

Por otro lado, se encuentran las barreras que separan a los y las profesionales de la salud de las mujeres en prostitución. De este modo, se observa la barrera idiomática¹⁶. La realidad multicultural de la prostitución conlleva una heterogeneidad de las mujeres prostituidas, que en su gran mayoría son extranjeras de diferentes países, y desconocen o hablan poco del idioma castellano.

Además, existe otra barrera relacionada con los cuidados culturalmente competentes. La cultura y religión de las mujeres influye en gran medida en su acceso al sistema sanitario, pues cuanto más separada esté la cultura de las mujeres de la del personal proveedor de cuidados, menos accederán a los servicios públicos de atención sanitaria²⁶. Por ello, es el personal sanitario el que debe estar preparado para introducir la cultura de la paciente en la atención, desde el respeto y la empatía.

Un ejemplo del efecto negativo de estas barreras lo encontramos en la PrEP. La Profilaxis Preexposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un tratamiento biomédico enfocado a la prevención del contagio del VIH en personas seronegativas, que tiene dentro de sus indicaciones poblacionales a las trabajadoras sexuales. La prevención del VIH ha sido demostrada como más rentable que el tratamiento sintomatológico de la enfermedad, sin embargo, se encuentra que no se promueve el uso del fármaco (Truvada®) y la terapia preventiva combinada, ya sea por falta de conocimientos del personal sanitario en materia de género y Salud Sexual y Reproductiva (SSR) o por las propias barreras antes descritas que encuentran las mujeres en prostitución en la accesibilidad al Sistema Nacional de Salud (SNS). Con ellas, no se están llevando a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad²⁷.

Con esto, se pone de manifiesto que la actuación del personal sanitario es un factor relevante en la inclusión o exclusión de las mujeres en contextos de prostitución en el SNS. Por tanto, ¿Qué papel juega el personal sanitario, en especial, el personal de enfermería, en el proceso contra la violencia de género y la prostitución?

1.7 El papel de las enfermeras

Atención Primaria (AP) es la puerta de entrada al sistema sanitario²⁸. Las enfermeras que lo conforman tienen una atención continuada con las pacientes. No solo las conocen a ellas, también a su entorno. Pueden ser las primeras en advertir señales de violencia u otros indicadores del ejercicio de la prostitución. Por tanto, para muchas de ellas, el personal sanitario puede ser el único punto de contacto con los servicios públicos. Aquí radica la necesidad de formar y sensibilizar a las profesionales de enfermería con perspectiva de género, para que puedan ser el primer escalón en el abandono de la actividad²⁹.

Hay que tener en cuenta que la detección de las mujeres que sufren explotación sexual no es tarea fácil, ya que ellas no lo van a verbalizar, ya sea porque están sujetas a amenazas de los proxenetas, por la barrera idiomática, o porque no se consideran víctimas por sufrir un trastorno disociativo que las hace normalizar su situación³⁰. Por ello, es vital que se extienda entre las enfermeras la concienciación sobre esta problemática, de manera que demanden la necesidad de recibir formación, entrenamiento, técnicas y herramientas para la observación y análisis de los indicadores de violencia, y así se pueda conseguir un cambio en el status quo.

En la sociedad actual, es innegable el papel del feminismo. Este movimiento ha evidenciado la problemática social que supone el sistema de relaciones de dominación-subordinación que la caracterizan, condicionada por el género y los estereotipos subyacentes, no solo en las mujeres, también en los hombres. La violencia de género, prostitución, derechos sexuales y reproductivos, expresión de la identidad, trastornos de ansiedad o depresivos debido a los mandatos de género sobre las mujeres, entre otros, son problemas vinculados al género que deben involucrar también al personal de enfermería³¹. Las afecciones sanitarias que sufren las mujeres a causa del orden social establecido deben ser valoradas y atendidas de forma integral y distintiva.

Por ello, es vital el desarrollo de formación especializada, centrada en la mujer y alejada de la visión meramente obstétrica, para conseguir dar cuidados de género efectivos y progresistas. La enfermería con perspectiva de género se caracteriza por reconocer las diferencias entre hombres y mujeres e incluir en la atención la categoría de género, para recuperar el sentido de integralidad en los cuidados de enfermería³¹.

Asimismo, contar con cualificación para dar cuidados culturalmente coherentes toma gran relevancia en este proceso, pues analizando la casuística de la prostitución en Canarias, se evidencia la expansión del carácter migratorio de las mujeres prostituidas.

Es necesario entender a la cultura y contexto de las mujeres en prostitución como interés activo de análisis para la anamnesis, pues situándola como elemento trascendental en la evaluación clínica, se obtendrá como resultado el éxito de la relación enfermera-usuaria. Adquirir competencias culturales, obteniendo conocimientos de las principales culturas de las mujeres en contextos de prostitución, así como romper con la estigmatización que rodea al choque cultural, actuará como facilitador en la atención terapéutica.

Por último, hay que valorar el nivel de atención que recibe la SSR. Esta esfera se dibuja como la menos atendida por las enfermeras, de manera que no se suelen ver como relevantes los datos relacionados con la salud sexual si no son estrictamente obstétricos. En lo relatado, influye la actitud y las creencias personales de las enfermeras hacia la salud sexual y reproductiva, que son identificadas como una barrera en el proceso de atención integral³².

Los conocimientos en materia de SSR están relacionados de forma directamente proporcional con la actitud que presenta el personal de enfermería hacia esta, pues a medida que se adquieren más conocimientos sobre la salud sexual, se adoptan actitudes más positivas e inclusivas hacia la misma. Por ello, para poder prestar

cuidados que también valoren la SSR, es importante que las enfermeras hagan ejercicios de autoconocimiento y autoexploración sobre sus propias actitudes y creencias, en contraposición con las de las pacientes, con el fin de reducir la estigmatización hacia este asunto.

En definitiva, la atención sanitaria a las mujeres en contextos de prostitución es compleja, puesto que se deben atender muchas más áreas de las normalmente extendidas. A partir de esta base, las enfermeras deben adquirir formación en los ámbitos de perspectiva de género, SSR y cuidados culturales y unificarlos para poder prestar cuidados de calidad a las mujeres en prostitución.

Pese a la escasa formación en género encontrada en los profesionales sanitarios de Canarias, más de la mitad de la formación realizada por iniciativa propia fue llevada a cabo por profesionales de enfermería, es decir, en las enfermeras se observan las primeras interesadas en recibir este tipo de formación²². Se observa que, pese a que las instituciones de cuidados para las que trabajan ofrecen formación en violencia de género, es poco el personal que la lleva a cabo. Además, es prácticamente nula la que se recibe durante el grado, ya que no es una formación que se haya incluido en el sistema educativo tradicional³³. En conclusión, encontramos a profesionales sanitarios y de enfermería escasamente formados y formadas con perspectiva de género.

Visibilizar y extender los conocimientos sobre la enfermería con perspectiva de género deberá ser uno de los objetivos de las enfermeras en la actualidad, para conseguir incluir esta formación en el currículum del Grado en Enfermería y que el colectivo de enfermería se convierta en pionero en el cambio institucional a favor de la mujer. Las profesiones solo sirven si crean sociedades más justas.

En conclusión, las enfermeras juegan un papel clave en la lucha contra la violencia de género y la prostitución, pero, ¿Qué percepción de formación para dar cuidados de género, en especial, en el caso de la prostitución, tiene el personal de enfermería?

2. JUSTIFICACIÓN

La prostitución es una forma de esclavitud moderna que afecta a miles de mujeres en España. Es un fenómeno complejo, que ha conseguido dividir la opinión social sobre el mismo para llegar a un estado de alegalidad³⁴. A tenor de la complejidad que presenta, se hace necesaria la búsqueda de soluciones acordes.

La problemática de la trata sexual en Canarias va en aumento, llegando a situar al archipiélago como un destino de turismo sexual, donde, aproximadamente 3.000 mujeres sufren esta situación.

Tras una revisión bibliográfica profunda, se pone de manifiesto cómo, el abordaje de la prostitución, ha sido asignado al ámbito social. De hecho, se aprecia un importante abandono desde el punto de vista sanitario, tanto asistencial como de investigación. En Canarias, no se cuenta con un protocolo específico de atención a víctimas de explotación sexual, pese a que, a nivel nacional, contamos con antecedentes de protocolos sanitarios de Atención Primaria de violencia de género que incluyen la prostitución³⁵. Es este abandono asistencial sanitario, el que debe solventar el Sistema Nacional de Salud.

En esta línea, se aprecia que la mayoría de proyectos de investigación o intervención se dan de la mano de ONG, lo que evidencia la necesidad de trasladar la atención de esta problemática, a nivel público e institucional, con el fin de crear tanto investigaciones como formación transversal y protocolos de actuación que involucren a las nuevas generaciones de enfermeras.

La prostitución afecta a una gran cantidad de mujeres y niñas. Por tanto, es vital formar al personal sanitario con perspectiva de género, además de crear protocolos sanitarios estandarizados, con el fin de conseguir eliminar las barreras que encuentran las mujeres en situación de prostitución, en cuanto a atención sanitaria se refiere, pues es un derecho humano, y los profesionales sanitarios deben contribuir en el avance en la línea de la inclusión.

Para la consecución de este objetivo, se hace necesario actuar en los niveles de prevención e intervención. En relación al primero, es esencial la planificación y programación de campañas formativas dirigidas a la etapa escolar. De manera que, los

niños y las niñas reciban educación afectivo-sexual igualitaria y contemporánea como parte de su currículo obligatorio. Será competencia del Servicio Canario de la Salud, siendo la Dirección General de Programas Asistenciales el organismo encargado de la planificación y el diseño de todos aquellos programas y proyectos necesarios para que la materia llegue a los centros educativos de la mano de una enfermera de colegio, figura inexistente en la actualidad en Canarias, pero que en el presente trabajo se plantea como necesaria.

A nivel de intervención, destacan dos aspectos fundamentales. En primer lugar, la creación de un equipo multidisciplinar centrado en la atención continuada y acompañamiento en todo el proceso, que proporcione asesoramiento y apoyo. En segundo lugar, la creación de un Plan Estratégico con medidas integrales o protocolos tanto para AP como para atención hospitalaria, que cumplan la Ley Canaria 1/2017, de 17 de marzo de 2017²³, considerando la prostitución como una expresión más de violencia de género.

Esta investigación pretende servir de antecedente en la involucración del personal de enfermería en la lucha contra la explotación sexual de mujeres. La atención sanitaria juega un papel clave en el proceso de rehabilitación y abandono del ejercicio, y fomentar en los/las profesionales de enfermería la necesidad de formarse en materia de género, supondrá un avance en igualdad, pues convertirá a la enfermera en la figura de confianza a la que poder acudir para romper el ciclo de la violencia de género.

3. OBJETIVOS

GENERALES:

- Estudiar la percepción que tienen los y las profesionales de enfermería de AP de la isla de Tenerife acerca de su formación sobre violencia de género, prostitución y Salud Sexual y Reproductiva, para atender a mujeres en contextos de prostitución.

ESPECÍFICOS:

- Determinar los conocimientos que el personal de enfermería de Atención Primaria percibe que posee en materia de violencia de género.
- Describir las actitudes y conocimientos de las enfermeras de Atención Primaria hacia la Salud Sexual y Reproductiva.
- Determinar las actitudes de los y las profesionales de enfermería de Atención Primaria hacia la prostitución.

4. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO DE ESTUDIO:

Para realizar el proyecto se llevará a cabo un estudio de corte cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

La isla de Tenerife cuenta con 40 Zonas Básicas de Salud (ZBS) y 103 centros asistenciales, en los que trabajan un total de 709 enfermeras³⁶, divididas en enfermera de cupo, de zona y personal de refuerzo³⁷.

La población diana consta de todo el personal de enfermería de Atención Primaria de la isla de Tenerife.

Se llevará a cabo un muestreo no probabilístico de conveniencia. Todos los participantes serán voluntarios.

Criterios de inclusión:

- Enfermeras asistenciales que tengan su propio cupo.
- Personal de enfermería de refuerzo.
- Enfermeras con una especialidad como Enfermería Familiar y Comunitaria, Matrona o Enfermería de enlace.
- Enfermeras residentes de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y Matrona.

4.3 INSTRUMENTO DE MEDIDA:

Variables sociodemográficas:

Edad: Variable cuantitativa expresada en años.

Género: Variable cualitativa con tres opciones de respuesta (mujer-hombre-no binario).

Nacionalidad: Variable cualitativa nominal.

Nivel de estudios: Variable cualitativa con múltiple respuesta (Grado, Especialidad, Máster o Doctorado)

Años ejercidos: Variable cuantitativa expresada en años.

Años ejercidos en AP: Variable cuantitativa expresada en años.

Variables de estudio:

Variable relacionada con los conocimientos en materia de violencia de género

Para el estudio de esta variable se utilizará el cuestionario Violencia de Género: conocimientos y actitudes de las enfermeras de Atención Primaria³⁸, utilizado en estudios previos, que consta de 18 ítems que pretenden evaluar el conocimiento de la normativa de aplicación en materia de violencia de género, así como los conocimientos percibidos para poder detectar e intervenir a sus potenciales víctimas.

El procedimiento de respuesta combina tanto respuestas cerradas (Sí/No), como preguntas de elección múltiple.

Variable relacionada con las actitudes y creencias hacia la SSR

Para el estudio de esta variable se usará una adaptación al español del cuestionario Sexuality Attitudes and Beliefs Survey (SABS)³⁹, de 12 ítems que miden las creencias y actitudes hacia la Salud Sexual y Reproductiva.

El procedimiento de respuesta consiste en una escala de Likert, con una puntuación de 6 niveles de respuesta, que analizan el grado de conformidad o disconformidad con las diferentes afirmaciones acerca de sus comportamientos en su actividad profesional en materia de Salud Sexual y Reproductiva.

Variable relacionada con la actitud hacia la prostitución

Para el estudio de esta variable se empleará una adaptación al español de la escala Attitudes Towards Prostitutes and Prostitution Scale^{40,41}, que a través de cuatro subescalas analiza los conocimientos sobre las mujeres en prostitución y actitudes hacia la prostitución. Las dos primeras subescalas están enfocadas hacia la visión sobre las mujeres en prostitución: como normativa/ desviante y como elección/ victimizado. Las dos segundas subescalas se centran en la perspectiva sobre la prostitución: como normativa/desviante o como elección/ victimizado.

El método de respuesta se realiza por medio de una escala tipo Likert, con cinco niveles de puntuación, que abarcan de muy de acuerdo a muy en desacuerdo.

Para medir todas estas variables, se realizará un cuestionario autoadministrado (ANEXO I), que consta de 59 ítems con respuesta cerrada, organizado en cuatro secciones: una sección compuesta por las variables sociodemográficas y otras tres por las variables de estudio: conocimientos sobre violencia de género, actitudes hacia la Salud Sexual y Reproductiva y hacia la prostitución.

4.4 ORGANIZACIÓN DEL PROCESO Y RECOGIDA DE DATOS:

El proyecto comenzará en julio de 2021 con la solicitud de los permisos necesarios a Gerencia de Atención Primaria de Tenerife (ANEXO II). Una vez conseguidos, se coordinará con la dirección de los centros de cada ZBS de Tenerife para explicar los objetivos de la investigación y el instrumento a utilizar, con el fin de contar con su colaboración para que distribuyan el cuestionario a través de la Intranet de cada centro, así como pongan en conocimiento de las enfermeras la posibilidad de participar en el estudio.

Su participación será voluntaria y anónima, y junto a la encuesta recibirán un consentimiento informado (ANEXO III). Además, se facilitará el contacto de la investigadora a las personas participantes para la resolución de dudas o cuestiones. A través de la intranet, las enfermeras tendrán acceso a un link que las llevará al consentimiento informado. Una vez aceptadas las cláusulas, comenzarán la encuesta realizada en la plataforma Google, en la que se podrán recoger los datos sin estar vinculado a ningún apartado de correo electrónico, para asegurar el anonimato de los participantes.

La recogida de datos se realizará durante tres meses.

4.5 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS:

En relación con los objetivos del proyecto, el análisis de las variables cuantitativas se realizará bajo la medición de tendencia central y dispersión, mientras que las variables cualitativas serán analizadas mediante frecuencias y porcentajes.

El método de análisis de datos se realizará a través de la plataforma Statical Package for the Social Science (SPSS), versión en español, que cuantifica los datos cualitativos mediante el análisis ad hoc.

4.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

La investigadora de este proyecto no está sujeta a conflicto de intereses.

Los datos que se obtengan del estudio serán tratados con total confidencialidad y protección tal y como lo expone la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales⁴².

El futuro estudio contará con la autorización pertinente de Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Los y las enfermeros/as participarán de forma anónima y voluntaria, como se les especificará, y serán informados/as de su derecho a abandonar el estudio si lo ven conveniente.

Los datos obtenidos en este estudio serán utilizados exclusivamente con fines de investigación.

5. LOGÍSTICA

5.1 CRONOGRAMA:

	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR
Reuniones con cada ZBS para exponer el proyecto										
Recogida de datos										
Análisis de datos										
Elaboración de informe de conclusiones y propuestas										
Difusión de la investigación										

5.2 PRESUPUESTO:

	RECURSO	PRECIOS
MATERIALES	Papelería	200€
	Paquete informático SPSS	200€
	Equipo informático	600€
	Gastos de difícil justificación	100€
HUMANOS	Estadístico	800€
	Dietas y desplazamientos	600€
	Total	2500€

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Prostitución. 23.ª ed. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. Madrid; 2014. (consultado el 26 de marzo de 2021). Disponible en: [prostitución | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE](#)
2. Dayras M. Prostitución, pornografía y tráfico de mujeres [Internet]. 2015. (consultado el 26 de marzo de 2021). Disponible en: : [Prostitución, pornografía y tráfico de mujeres* \(exam-10.com\)](#)
3. Federación de Mujeres progresistas. Guía de Buenas Prácticas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad; 2018. (consultado el 20 de febrero de 2021). Disponible en: [Guía-buenas-prácticas-Prostitución-Ocasional.pdf \(fmujeresprogresistas.org\)](#)
4. Barroso-Pavía R. Derecho a la salud de mujeres en contexto de prostitución en Sevilla (Andalucía). Más allá de la salud mental. CEFD. 2018. (37):22-38. (consultado el 15 de abril de 2021). Disponible en: [Microsoft Word - 00 modelo maquetacion 2 - revisado.docx \(sidastudi.org\)](#)
5. Bolaños A. La prostitución desde una perspectiva legal: Diferentes enfoques [Internet]. Médicos del Mundo: 2003. (consultado el 27 de marzo de 2021). Disponible en: [INTERNACIO \(uvigo.es\)](#)
6. Aguilar PL. La feminización de la pobreza: conceptualizaciones actuales y potencialidades analíticas [Internet]. Katálisis: 2011. Vol 14 (1). (consultado el 26 de marzo de 2021). Disponible en: [The feminization of poverty: current theories and analytic potential \(scielo.br\)](#)
7. Tortosa JM. Feminización de la pobreza y perspectiva de género [Internet]. RIO: 2009. (3). 71-89. (consultado el 26 de marzo de 2021). Disponible en: [Tortosa2009.pdf \(ua.es\)](#)
8. Martínez L. Rosa Cobo: Hablar de la voluntariedad de la prostitución es un sarcasmo [Internet]. El Diario (Valencia). 2017. (consultado el 26 de marzo de 2021). Disponible en: [Rosa Cobo: "Hablar de voluntariedad en la prostitución es un sarcasmo" \(eldiario.es\)](#)
9. Bethencourt V. Graves efectos de la prostitución en la salud de las mujeres [Internet]. AIMUR: 2018. (consultado el 26 de marzo de 2021). Disponible en: <https://www.aimur.org/graves-efectos-de-la-prostitucion-en-la-salud-de-las-mujeres/>
10. Mauro Mas P. La relación prostitucional como relación de poder: Un análisis crítico del discurso de los prostituyentes desde los foros virtuales. [Trabajo de Fin de Máster en Internet]. [Navarra]: Universidad Pública de Navarra; 2020. (consultado el 27 de marzo de 2021). Disponible en: [TRABAJO La relación](#)

- [prostitucional como relación de poder: Un análisis crítico del discurso de los prostituyentes desde los foros virtuales. \(unavarra.es\)](#)
11. Noble R. The Globalization of crime. A transnational Organized Crime Threat Assessment. [Internet]. Viena: United Nations; 2010 (consultado el 16 de abril de 2021). Disponible en: [TOCTA Report 2010_low res.pdf \(unodc.org\)](#)
 12. Hernández M. La actividad de la prostitución supone el 0.35% del PIB nacional [Internet]. El Mundo (Madrid); 2018. (consultado el 16 de abril de 2021). Disponible en: <https://www.elmundo.es/espana/2018/09/01/5b8990cb46163f05758b45e2.html>
 13. Cobo Bedia R. Un ensayo sociológico sobre la prostitución. Política y sociedad [Internet]. 2016. Vol 53 (3): 89-914. (consultado el 19 de abril de 2021). Disponible en: [Un ensayo sociológico sobre la prostitución \(core.ac.uk\)](#)
 14. Torrado Martín-Palomino E. Diagnóstico de la prostitución de mujeres en Canarias [Internet]. San Cristóbal de la Laguna: Universidad de La Laguna (ULL); 2016 (consultado 29 de marzo 2021). Disponible en: [Diagnóstico de la prostitución en Canarias \(2016\) \(datosdelanzarote.com\)](#)
 15. Fernández Ollero MJ. Calidad de vida y salud de las mujeres que ejercen la prostitución. [Tesis Doctoral en Internet]. Asturias: Universidad de Oviedo; 2011. (consultado el 27 de marzo de 2021). 389. Disponible en: [Calidad de Vida y Salud de las mujeres que ejercen la prostitución \(uniovi.es\)](#)
 16. Ríos Marín AM. Migración, Género y Salud. Las desigualdades sociales en salud y sus efectos en la salud bio-psico-social de las mujeres en contextos de prostitución. [Internet]. Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 2014. 6 (1), 9-24. (consultado el 29 de marzo 2021). Disponible en: [Migración, Género y Salud. Las desigualdades sociales en salud y sus efectos en la salud bio-psico-social de las mujeres en contextos de prostitución \(bvsalud.org\)](#)
 17. Médicos del mundo. Guía para profesionales para la detección, identificación y derivación de víctimas de trata con fines de explotación sexual en Aragón [Internet]. Aragón: Gobierno de Aragón; 2020. (consultado el 29 de marzo de 2021). Disponible en: [GuiaTrataExplota \(zaragoza.es\)](#)
 18. Rueda Marroquín A. Prostitución. Factores psicosociales asociados e intervención psicosocial [Trabajo de Fin de Grado en Internet]. [Andalucía]: Universidad de Cádiz; 2020. (consultado el 29 de marzo 2021). Disponible en: [RODIN ANDREA RUEDA MARROQUÍN_removed.pdf \(uca.es\)](#)
 19. Melissa Farley, Ann Cotton, Jacqueline Lynne, Sybille Zumbeck, Frida Spiwak, Maria E. Reyes, Dinorah Alvarez, Ufuk Sezgin. En Journal of Trauma Practice 2 (3/4): 33-74 y en Prostitution, Trafficking and Traumatic Stress. M. Farley (ed.) (2003) New York: Routledge. (consultado el 29 de marzo 2021). [Internet]. Disponible en: [Prostitucion-in-9-Paises.pdf \(prostitutionresearch.com\)](#)
 20. Álamo González CD. Prevención y detección de la violencia de género en el ámbito sanitario [Internet]. Santa Cruz de Tenerife: ESSSCAN; 2019.

- (consultado el 20 de febrero de 2021). Disponible en: [Violencia género. Ambito sanitario. Carmen Álamo.pdf](#)
21. Médicos del mundo. Atención sanitaria a personas en situación de prostitución [Internet]. Canarias: Gobierno de Canarias; 2020. (consultado el 20 de febrero de 2021). Disponible en: [Microsoft Word - ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN.docx \(medicosdelmundo.org\)](#)
 22. Ley 1/2017, de 17 de marzo, de modificación de la Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres Contra la Violencia de Género. Comunidad Autónoma de Canarias: Gobierno de Canarias; 2003. (consultado el 24 de febrero de 2021). Disponible en: [boe-a-2017-7819.pdf](#)
 23. Matud MP, Matud MT, Delgado R, Fortes D, Arteaga R. El personal sanitario ante la violencia de género. Clepsydra [Internet]. 2009 (consultado el 29 de marzo 2021). 8: 139-155. Disponible en: [El personal sanitario ante la violencia de género \(ull.es\)](#)
 24. Boletín Oficial del Estado (BOE). Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus presentaciones (consultado el 15 de abril de 2021). Disponible en: [BOE.es - BOE-A-2012-5403 Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.](#)
 25. Acien González A. Accesibilidad al Sistema Sanitario Público andaluz de las trabajadoras del sexo nigerianas en el Poniente almeriense. Notas etnográficas [Internet]. Gazeta de Antropología. 2014. Vol 30 (2), artículo 8: 31. (consultado el 24 de abril de 2021). Disponible en: [GA30-2-08E_Acien.pdf;sequence=6 \(ugr.es\)](#)
 26. Pérez I, Goicolea I. ¿Cómo acceden las mujeres inmigrantes a los servicios sanitarios en el País Vasco? Percepciones de profesionales sanitarias. [Internet]. Aten Primaria. 2018; 50:368–76. (consultado el 30 de marzo 2021). Disponible en: [¿Cómo acceden las mujeres inmigrantes a los servicios sanitarios en el País Vasco? Percepciones de profesionales sanitarias - ScienceDirect](#)
 27. Plan Nacional Sobre el Sida-Grupo de Expertos PrEP. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Profilaxis Preexposición al VIH en España. 2018. (consultado el 26 de marzo 2021). Disponible en: [Documento de consenso - Profilaxis Preexposición al VIH en España \(mscbs.gob.es\)](#)
 28. Gobierno de Canarias. Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico. Las Palmas de Gran Canaria: Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales; 2003. pp. 24–26. (consultado el 29 de marzo 2021). 8: 139-155. Disponible en: [Protocolo sanitario Canarias.pdf \(igualdad.gob.es\)](#)
 29. Ley 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. España: Jefatura del Estado. BOE núm 313; 2004. (consultado el 30 de marzo 2021). Disponible en: [BOE.es - BOE-A-2004-21760 Ley Orgánica](#)

- [1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.](#)
30. Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS. Actuación Sanitaria Frente a la Trata con Fines de Explotación Sexual. Anexo al protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género en el sistema nacional de salud (SNS). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; noviembre de 2017. (consultado el 24 de abril de 2021). Disponible en: [Anexo TRATA al Protocolo Común VG SNS 27Nov2017 entregado en pa pel Reunion ComisionVG 28nov2017 \(mscbs.gob.es\)](#)
 31. Torres Lagunas MA. El cuidado de la enfermería desde la perspectiva de género. SUAyED ENEO UNAM [Internet]. 2012. (consultado el 23 de mayo de 2021). Disponible en: [cuidado_u3t2.pdf \(wordpress.com\)](#)
 32. P Benton C. Sexual health attitudes and beliefs among nursing faculty: A correlational study. [Internet]. Nurse Education Today. 2020. (consultado el 3 de mayo 2021); Vol (98): 9. Disponible en: [Sexual health attitudes and beliefs among nursing faculty: A correlational study - ScienceDirect](#)
 33. Bernués Vázquez L, Peya Gascons M. Libro Blanco. Título de Grado de Enfermería. ANECA; junio 2004. (consultado el 3 de mayo 2021). Disponible en: [libro-blanco-de-la-enfermeria.pdf \(ua.es\)](#)
 34. Morales Plaza EM, Zúñiga Rodríguez L. Prostitución y trata de mujeres con fines de explotación sexual. [Trabajo de Fin de Máster en Internet]. [Castilla y León]: Universidad de Salamanca; 2011. (consultado el 20 de febrero de 2021). Disponible en: [PROSTITUCIÓN Y TRATA DE MUJERES CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL \(inmujeres.gob.es\)](#)
 35. Ruiz Pérez I. et Al. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria contra la Violencia de Género. Sevilla: Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. 2020. 3: 129. (consultado el 13 de mayo 2021). Disponible en: [Protocolo Andaluz para Actuacion Sanitaria 2020.pdf \(juntadeandalucia.es\)](#)
 36. Instituto Canario de Estadística. Sistema de información de atención primaria en el Sistema Nacional de Salud/ Series anuales [Internet]. Islas de Canarias 2004-2018. (consultado el 12 de mayo de 2021). Disponible en: [ISTAC: Estadísticas de la Comunidad Autónoma de Canarias \(gobiernodecanarias.org\)](#)
 37. SIAP-SNS. Definiciones [Internet]. 2019. (consultado el 12 de mayo 2021). Disponible en: [Definiciones - 2019 \(mscbs.gob.es\)](#)
 38. Valdés Sánchez CA, García Fernández C, Sierra Díaz Á. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. [Internet]. Atención Primaria. 2016. (consultado el 12 de mayo 2021); 48 (10): 623-631. Disponible en: [Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria - ScienceDirect](#)
 39. Aguiar Frias, A.M.; Soto-Fernandez, I.; Mota de Sousa, L.M.; Gómez-Cantarino, S.; Ferreira Barros, M.d.L.; Bocos-Reglero, et al. Sexuality Attitudes and Beliefs Survey (SABS): Validation of the Instrument for the Spanish Nursing Students. Healthcare 2021, 9, 294. (consultado el 12 de mayo 2021). Disponible en:

[Healthcare | Free Full-Text | Sexuality Attitudes and Beliefs Survey \(SABS\): Validation of the Instrument for the Spanish Nursing Students \(mdpi.com\)](#)

40. Ma H, Loke AY. Knowledge of, attitudes towards, and willingness to care for sex workers: Differences between general and mental health nursing students [Internet]. Professional Nursing. 2020. (consultado el 12 de mayo 2021); 36 (2020): 264-277. Disponible en: [Knowledge of, attitudes towards, and willingness to care for sex workers: Differences between general and mental health nursing students - ScienceDirect](#)
41. Levin L, Peled E. The attitudes toward prostitutes and prostitution scale: A new tool for measuring public attitudes toward prostitutes and prostitution [Internet]. Research on Social Work Practice, 21 (5), 582-593. (consultado el 12 de mayo de 2021). Disponible en: [\(PDF\) The Attitudes Toward Prostitutes and the Prostitution Scale: A New Tool for Measuring Attitudes Toward Prostitutes and Prostitution | Lia Levin - Academia.edu](#)
42. Ley orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. España: Jefatura del Estado. BOE núm. 294; 2018. (consultado el 12 de mayo de 2021) Disponible en: [BOE.es - BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.](#)

7. ANEXOS

7.1 ANEXO I: CUESTIONARIO

Percepción del personal de enfermería sobre sus conocimientos en materia de género y actitudes y creencias hacia la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y la prostitución.

Estimada/o Compañera/o:

El presente cuestionario forma parte de una investigación acerca del nivel de conocimientos con los que cuentan las enfermeras en materia de violencia de género, actitudes hacia la SSR y hacia la prostitución, relacionados con la atención a las mujeres en contextos de prostitución.

Los datos que exprese serán anónimos y su uso será únicamente para fines científicos, por ello, ruego se responda con la mayor sinceridad.

Muchísimas gracias por su participación.

SECCIÓN A: Datos sociodemográficos

- Género:
 - Masculino
 - Femenino
 - No-Binario
 - Prefiero no decirlo
- Edad: ____
- Nacionalidad: ____
- Nivel de estudios
 - Licenciatura/Grado
 - Especialidad
 - Máster
 - Doctorado
- En caso de contar con alguna especialidad de enfermería, especificar: ____
- Años ejercidos: ____
- Años ejercidos en Atención Primaria: ____

SECCIÓN B: Escala de conocimientos sobre la Violencia de Género (VG)

A continuación, encontrarás 18 cuestiones sobre la violencia de género de única respuesta con varias opciones. Es importante que respondas con la máxima sinceridad de acuerdo a tu experiencia personal.

¿Has detectado algún caso en los últimos tres meses de violencia de género durante tu jornada laboral?

- Sí
- No

¿Sabes si en tu centro de salud se realizan actividades de detección, ayuda y/o seguimiento a víctimas de VG?

- Sí
- No

¿Conoces el protocolo de actuación de atención primaria para la atención sanitaria de estas pacientes?

- Sí
- No

Piensas que la VG en nuestra sociedad es un problema

- Muy frecuentemente
- Bastante frecuentemente
- Poco frecuente

Crees que las pacientes que sufren VG

- Comunican su situación
- Pasan desapercibidas

Consideras que el tipo de VG más frecuente es

- Física
- Psicológica
- Social

Asocias más la VG a clases sociales

- Altas
- Bajas
- Ambas por igual

¿Cuál de estos factores influye más en que existan malos tratos en nuestro medio?

- Clase socioeconómica baja
- Estar en trámites de separación o divorcio
- Nivel sociocultural bajo

¿Conoces la Ley y las obligaciones legales ante la mera sospecha de VG?

- Sí
- No

¿Crees que posees los conocimientos necesarios para detectar casos de VG?

- Sí
- No

Consideras que tu grado de conocimientos de VG es

- Alto
- Medio
- Bajo

Crees que la VG es un problema

- Muy importante
- Bastante importante
- Poco importante

En tu trabajo habitualmente mantienes una actitud expectante ante el diagnóstico

- Siempre
- Normalmente
- Nunca

Ante una paciente con lesiones físicas te planteas como diagnóstico diferencial la posibilidad de malos tratos

- Siempre
- Normalmente
- Nunca

Aplicas el protocolo de VG en tu trabajo

- Siempre
- Normalmente
- Nunca

A la hora de identificar y solucionar el problema crees que es competencia de

- Policía
- Jueces
- Trabajadores sociales
- Todos

¿Cuál crees que es el mayor problema a la hora de detectar un caso de VG?

- Falta de formación
- Falta de tiempo de consulta
- Ausencia de un trabajador social

Elige cuál consideras la principal propuesta de mejora para la detección de casos de VG

- Cursos de formación
- Tiempo que permita una actuación integral
- Crear un grupo especializado de profesionales, existiendo al menos uno por turno de trabajo

SECCIÓN C: Escala de actitudes y creencias hacia la Salud Sexual y Reproductiva (SSR)

A continuación, encontrarás 12 afirmaciones acerca de la Salud Sexual y Reproductiva, cuyas opciones de respuesta van del 1 al 6, siendo el 1 nada de acuerdo y el 6 totalmente de acuerdo. Es importante que respondas con la máxima sinceridad de acuerdo a tu experiencia personal.

	1	2	3	4	5	6
Discutir la sexualidad es esencial para los resultados en salud de los enfermos						
Comprendo cómo las enfermedades y los tratamientos de mis pacientes pueden afectar a su sexualidad						
Me siento incómodo al hablar sobre asuntos sexuales						
Estoy más a gusto hablando con mis pacientes sobre asuntos sexuales que con la mayoría de los enfermeros con los que trabajo						
La mayoría de los pacientes hospitalizados están demasiado enfermos para interesarse por la sexualidad						
Tengo tiempo para discutir con mis pacientes sus preocupaciones sexuales						
Siempre que los pacientes me hacen una pregunta relacionada con la sexualidad, les aconsejo el asunto con su médico						
Confío en mi capacidad para abordar con los pacientes sus preocupaciones sexuales						
La sexualidad es un asunto demasiado privado para discutir con los pacientes						
Permitir que un paciente hable sobre sus preocupaciones sexuales es una responsabilidad de enfermería						
La sexualidad debería abordarse solo cuando la iniciativa parte del paciente						
Los pacientes esperan que los enfermeros les pregunten sobre sus preocupaciones sexuales						

SECCIÓN D: Escala de conocimientos y actitudes hacia la prostitución

A continuación, al igual que en el primer cuestionario, encontrarás 8 cuestiones de única respuesta con varias opciones, relacionadas con los conocimientos y actitudes hacia la prostitución, con varias opciones. Es importante que respondas con la máxima sinceridad de acuerdo a tu experiencia personal, no hay respuestas correctas o incorrectas.

He tenido contacto interpersonal con trabajadoras sexuales

- Sí
- No

Puedo reconocer a una trabajadora sexual

- Sí
- No

Conocimiento sobre la Ley en España relacionada con la prostitución

- La prostitución es legal
- La prostitución es ilegal
- No se

¿Has recibido alguna vez entrenamiento relacionado con los cuidados a trabajadoras sexuales?

- Sí
- No/ No lo recuerdo

¿Cuántas horas de educación en el currículum de enfermería has tenido dedicadas al cuidado de trabajadoras sexuales?

- Ninguna
- De 1 a 5 horas
- Más de 5 horas

¿Qué percepción tienes sobre tus conocimientos sobre el cuidado a trabajadoras sexuales?

- Ninguno o muy poco
- Algunos conocimientos
- Mucho conocimiento

¿Qué percepción tienes sobre la necesidad de tener formación sobre cuidados a trabajadoras sexuales?

- Es necesaria
- No es necesaria

¿Qué enfoque educativo prefieres para adquirir conocimientos relacionados con el cuidado a trabajadoras sexuales?

- Conferencias
- Talleres o Seminarios
- Autoformación
- Entrenamiento de campo con Organizaciones No Gubernamentales
- No me interesa esta formación

En esta segunda parte de la sección D, debes responder a las siguientes afirmaciones acerca de la prostitución y las mujeres prostituidas desde tu punto de vista desfavorable/ neutral/ favorable. Es importante que respondas con la máxima sinceridad de acuerdo a tu experiencia personal. No hay respuestas correctas o incorrectas.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
La prostitución debe ser legalizada					
La prostitución es inmoral					
La prostitución es un pecado					
Debería haber pruebas médicas obligatorias para las trabajadoras sexuales					
Antes de acceder a un hospital, a las trabajadoras sexuales debería pasarles un test para la detección de VIH/ITS de forma rutinaria					
Las trabajadoras sexuales que contraen VIH/ITS no merecen simpatía					
Las trabajadoras sexuales que se hayan contagiado de VIH/ITS a través del					

ejercicio de la prostitución deberían pagar por la atención sanitaria					
Las trabajadoras sexuales deberían recibir preservativos gratis para evitar el contagio de VIH/ITS					
Las trabajadoras sexuales tienen el derecho a la no discriminación y el trato igualitario					
Las trabajadoras sexuales tienen el derecho a la no discriminación y el trato igualitario					
Las trabajadoras sexuales tienen derecho a la vida, incluyendo la calidad de vida					
Las trabajadoras sexuales tienen el derecho a mantener su integridad física, sin temor a la violencia					
Las trabajadoras sexuales tienen derecho a casarse y formar una familia					
Las trabajadoras sexuales tienen derecho a la privacidad de su información personal					
Las trabajadoras sexuales tienen derecho a recibir educación e información relacionada con su bienestar					
Las trabajadoras sexuales tienen derecho a acceder al nivel más alto de salud alcanzable (tanto física como psicosocial)					
Las trabajadoras sexuales tienen derecho a beneficiarse de los progresos de la ciencia relacionados con la salud					
Las trabajadoras sexuales tienen derecho a acceder a las necesidades básicas					

(vivienda, alimentos y ropa) para un nivel de vida adecuado					
Si pudiera elegir, preferiría no prestar cuidados a trabajadoras sexuales					
Me negaría a atender a pacientes que sean trabajadoras sexuales					
Estoy dispuesta/o a prestar cuidados a trabajadoras sexuales					

7.2 ANEXO II: SOLICITUD A GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TENERIFE

Estimado Sr. Director Gerente:

Mi nombre es Lara González Hernández, creadora del proyecto de investigación “Percepción del personal de enfermería de Atención Primaria de Tenerife sobre sus conocimientos para prestar cuidados a mujeres en contextos de prostitución”, y me pongo en contacto con usted para solicitar los permisos pertinentes para llevar a cabo el estudio.

El objetivo es describir la percepción del personal de enfermería de Atención Primaria de Tenerife sobre sus conocimientos de la enfermería con perspectiva de género, para atender a mujeres en contextos de prostitución.

Para ello, se solicitará a las enfermeras que realicen un cuestionario unipersonal y anónimo, que se distribuirá a través de la Intranet de cada Zona Básica de Salud para aquellas que quieran participar de forma voluntaria. El cuestionario cuenta con cuatro secciones, que analizan variables sociodemográficas, conocimientos sobre violencia de género, actitudes hacia la Salud Sexual y Reproductiva y hacia la prostitución.

El proyecto comenzará el 1 de julio de 2021, y finalizará en abril de 2022.

Sin más que añadir, como investigadora principal, solicito la autorización y permisos correspondientes para iniciar la investigación.

Atentamente,

Fdo: Lara González Hernández

Fecha:

Investigadora principal del proyecto

7.3 ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS Y LAS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación en la que va a participar pretende hacer una descripción de la percepción de los y las profesionales de enfermería sobre sus conocimientos en materia de género, centrado en la atención a mujeres en contextos de prostitución. Se presentan cuestiones relacionadas con los conocimientos sobre violencia de género, actitudes hacia la Salud Sexual y Reproductiva y hacia la prostitución.

El fin de este proyecto es poner el foco en la atención sanitaria que reciben las mujeres en prostitución desde la mirada del o la profesional sanitario/a, para poder llevar a cabo futuras intervenciones y propuestas de mejora.

Para ello, debe rellenar el presente cuestionario con la mayor sinceridad posible. Los datos que se recojan serán de uso exclusivo científico. Además, se garantiza su anonimato por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Tiene derecho a retirarse de la investigación cuando desee, si así lo ve preciso.

Ante cualquier duda o sugerencia, contacte con la investigadora principal, Lara González Hernández, al nº _____, o al correo _____.

Yo _____ (nombre y apellidos) de _____ (edad en años), y DNI _____ acepto participar en el estudio de investigación: “Percepción del personal de enfermería de Atención Primaria de Tenerife sobre sus conocimientos para prestar cuidados a mujeres en contextos de prostitución”.

Acepto participar de manera voluntaria, por lo cual, y para que así conste, firmo el presente consentimiento.

Firma Enfermera/o:

Hoy, _____ de _____ de 2021