



FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS,
SOCIALES Y DE LA COMUNICACIÓN

EL CONSUMO DE DROGAS EN LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN

Trabajo Fin de Grado

Autora: Estefanía López Barrios.

Tutora académica: Berta Puyol Lerga.

Septiembre 2017

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. FUNDAMENTACIÓN	4
2. ANTECEDENTES TEÓRICOS	9
2.1. LAS DROGAS.....	9
2.1.1. Conceptos básicos sobre drogas	9
2.1.2. Clasificación de las drogas	13
2.1.3. Epidemiología del consumo y dependencia a las drogas	15
2.1.4. Factores de riesgo del consumo de drogas	17
2.2. LA PROSTITUCIÓN.....	19
2.2.1. La Prostitución, es una cuestión de género	19
2.2.2. Modelos de ejercicio de la prostitución	21
2.2.3. Enfoques sociojuridicos que acercan la legalidad de la prostitución	21
2.3. EL CONSUMO Y DEPENDENCIA A LAS DROGAS Y LA PROSTITUCIÓN	25
3. OBJETIVO	32
3.1. OBJETIVO GENERAL	32
3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	32
4. MÉTODO	32
4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES	32
4.2. POBLACIÓN	33
4.3. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS	35
4.4. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS	36
5. RESULTADOS	37
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXO	68

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Fin de Grado pertenece a una alumna de Grado en Trabajo Social de la Universidad de La Laguna. Es un trabajo individual que valora las habilidades y competencias adquiridas durante la formación académica para la investigación y el ejercicio profesional, utilizados para la elaboración del presente documento, dando la oportunidad a la alumna de analizar, sintetizar y razonar sobre el tema investigado.

El objetivo principal del estudio es conocer la opinión de las profesionales sobre el perfil y los hábitos de consumo de las personas en situación de prostitución. Así nos permitirá conocer el perfil de las personas en situación de prostitución que utilizan organizaciones no gubernamentales, así como también, conocer los tipos de drogas que mayoritariamente consumen las personas en situación de prostitución y conocer la opinión que tienen las profesionales sobre las causas del consumo de las personas en situación de prostitución.

Para el desarrollo de esta investigación se ha llevado a cabo una metodología cuantitativa, con una muestra de 11 profesionales. El instrumento que se ha tomado como referencia ha sido la Encuesta sobre el uso de Alcohol y otras Drogas en España, (EDADES), financiada y ejecutada por el Plan Nacional sobre Drogas, ésta ha sido modificada y adaptada para la realización del presente estudio.

El documento está dividido en epígrafes diferenciados, donde se cita el desarrollo del estudio, como son los antecedentes teóricos hasta los resultados y las conclusiones del mismo.

En primer lugar, la fundamentación señala los argumentos que amparan la elección del tema, así como razones que acreditan el estudio. El segundo apartado corresponde a los antecedentes teóricos, procedente de diversas referencias documentales revisadas que se organiza en tres ejes esenciales: las drogas, la prostitución y el consumo y dependencia a las drogas y la prostitución.

En el tercer apartado se detalla el objetivo general y los específicos que se procura alcanzar con la realización del presente estudio. Luego se señala el método mostrando el tipo de investigación, la población, resultados sobre el perfil de las profesionales que trabajan con las personas en situación de prostitución y las técnicas de recogida y análisis de los datos.

Los resultados se presentan en tablas diferenciadas, donde recogemos todos los datos referidos a la opinión de las profesionales sobre las personas en situación de prostitución.

Finalmente la discusión de los resultados se contrasta con los antecedentes teóricos y los resultados obtenidos en el estudio y por último se presentan las conclusiones notables producto de la investigación.

1. FUNDAMENTACIÓN

La razón por la cual se realiza esta investigación está motivada por la curiosidad y las revisiones teóricas de la alumna acerca del colectivo de personas en situación de prostitución y el consumo de las drogas y por la realización del segundo período de prácticas en un recurso especializado.

La práctica ha favorecido la ampliación de los conocimientos, tanto sobre la prostitución como sobre los factores que se relacionan con el fenómeno. El hecho ha suscitado en la alumna interés y motivación en el ámbito puesto, que llega a la conclusión de que es posible que dentro del colectivo de prostitución exista un grupo con necesidades no cubiertas a las cuales se debe tener en cuenta desde el Trabajo Social. Es por ello, la razón, por lo que se genera la idea de llevar a cabo el actual Trabajo de Fin de Grado sobre el fenómeno de la prostitución, con la intención de ampliar los conocimientos y favorecer la reflexión sobre el mismo.

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS, 2014) define el Trabajo Social como: “ Una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio social y el desarrollo, la cohesión social y el empoderamiento y la liberación de las personas. Los principios de justicia social, derechos humanos, responsabilidad colectiva y respeto de las diversidades son centrales para el trabajo social. Apoyado por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y el conocimiento indígena, el trabajo social involucra a personas y estructuras para enfrentar los retos de la vida y mejorar el bienestar.” (p. <http://ifsw.org/propuesta-de-definicion-global-del-trabajo-social/>)

“La misión del Trabajo Social es facilitar la integración social de personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades, la constitución de una sociedad cohesionada y el desarrollo de la calidad de vida y del bienestar social” (ANECA, 2005, p.111).

Los profesionales del Trabajo Social conocen la realidad social a partir de la investigación con el propósito de realizar una apropiada intervención que trate de transformar las costumbres sociales que generan desigualdad e injusticia social y por tanto, restringen la autonomía y desarrollo de las personas.

En España en el año 1985 se crea el Plan Nacional sobre Drogas y posteriormente los Planes Autonómicos en materia de Drogas para dar respuesta a ello, mediante la Coordinación; la Prevención y Sensibilización Social; la Atención Integral; la Mejora del

Conocimiento; la Reducción de la Oferta y la Cooperación Internacional (Plan Nacional sobre Drogas, 1985).

Actualmente en Canarias, está vigente el III Plan Canario sobre Drogas que se configura como el instrumento para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma de Canarias.

El consumo de las drogas es un problema que despierta preocupación en nuestra sociedad, en los que afecta mayoritariamente a colectivos vulnerables, como son las personas en situación de prostitución, por la estigmatización, la desigualdad social y las condiciones sanitarias e higiénicas en las que viven las prostitutas son precarias, pues al no poseer los derechos sociales de que disfruta el resto de la ciudadanía, no pueden acceder a los servicios sanitarios públicos, puesto que se enfrentan a diferentes barreras que limitan un acceso pleno al derecho de salud. En el caso de mujeres inmigrantes en situación administrativa irregular, el RD 16/2012 las excluye de la atención sanitaria normalizada imposibilitándoles pruebas diagnóstica, de seguimiento y atención especializada. Tienen apoyo en cuanto al tema del SIDA, pero la prostitución abarca otro gran número de problemas sanitarios. (Médicos del Mundo, 2014)

Es importante señalar que los hábitos de consumo de alterne en los clubs favorece el consumo de drogas, por tanto, están asociados al consumo consecuente por la actividad de la prostitución. El propio mecanismo de funcionamiento de los club presiona a las mujeres a consumir drogas sin tener en cuenta los efectos que éstas sustancias tiene sobre la salud de las mujeres, ni las repercusiones del consumo ya que pueden conllevar una desprotección en las prácticas sexuales y por consiguiente, en la propia salud personal, sanitaria, social y emocional de las personas. (Médicos del Mundo, 2014)

La prostitución es una actividad estigmatizada que influye en la vida de todas las personas que la ejercen. Las situaciones de precariedad, de marginalidad y de exclusión social las colocan en condiciones de desigualdad sobre los derechos y servicios que todos los ciudadanos disponen. El uso de drogas puede generar vulnerabilidad y escaso control sobre la protección en las personas que ofertan servicios sexuales.

El uso de sustancias psicoactivas ha estado presente en la actividad prostitucional, de formas distintas, dependiendo del tipo de drogas, las formas de consumo y las motivaciones asociadas (Meneses, 2005).

Sin embargo, el uso intensivo de drogas puede generar una mayor situación de vulnerabilidad e indefensión en la negociación con el cliente, además de la posibilidad de alcanzar un consumo compulsivo o adictivo. Estos factores de vulnerabilidad pueden repercutir generando la realización de la prostitución de forma más intensa y asumiendo

mayores riesgos que en otras de las condiciones no se haría. De esta forma, estas personas se pueden ver obligadas a incrementar las horas de ocupación, un mayor número de clientes por día y menor selección de los mismos, a asumir desprotección de las prácticas sexuales, y a una menor capacidad y control sobre la negociación de los precios y los servicios sexuales. (Harcourt y Donovan, 2005).

“ Las personas que ejercen la prostitución son un grupo vulnerable al estar expuestas a factores de riesgo como la violencia y la estigmatización, presentan un mayor grado de estrés y trastornos psicosomáticos, siendo más notable entre las inmigrantes. El ejercicio de la prostitución se ha relacionado en muchas ocasiones con el consumo de sustancias psicoactivas, entre las que se incluye el tabaco, el alcohol y otras drogas (cocaína, cannabis, etc) señalándose en ocasiones que consumo se sostiene económicamente ejerciendo la prostitución o mediante el intercambio de sexo por drogas. Además parece ser que estas sustancias ayudan a enfrentar los sentimientos negativos que les produce su situación personal. Un estudio, desarrollado en Ohio en 2012, indicaba que las humillaciones, ataques y explotación a la que se veían sometidas con frecuencia, les habían llevado a buscar sustancias que alteran la percepción para apaciguar el dolor psíquico y emocional que padecen. Se podría hablar de un “círculo” entre prostitución –consumo de sustancias-síntomas de ansiedad o depresión” (Cabrerizo, 2015, p. 39).

“ La prostitución ha existido desde épocas antiguas, ligada por lo general al uso erótico de las mujeres por parte de diversos miembros de los grupos de poder. La escasez de oportunidades que prevalece aunada a la desigualdad social que afecta a muchas personas, ha generado la existencia de amplios sectores sociales que construyen estrategias de sobrevivencia a través de actividades que se desarrollan al margen de la economía informal. Dentro de esta economía informal se encuentra la prostitución, uno de los fenómenos más importantes en cuanto a sus dimensiones y difusión y a la complejidad de sus implicaciones. La prostitución se ha producido y mantenido por la demanda de mujeres que hay dentro de la población masculina y por las pocas posibilidades educativas y laborales que tienen dichas mujeres como consecuencia de la desigualdad entre los géneros. Estas circunstancias las hacen vulnerables a la explotación y a la violencia” (Rodríguez, Vega y Gutiérrez, 2003, p.74).

Parece que existen vínculos y conexiones entre la prostitución y el consumo de drogas legales o ilegales. La prostitución y el consumo de drogas acompañan zonas de penumbra en la sociedad, es decir, mundos en los que no se sabe con certeza lo que ocurre, apartados en los que la transparencia sigue siendo una utopía. (Fundación Cruz Blanca y Fundación Atenea, 2016)

Se observa que el consumo de drogas puede ser antecedente o consecuente para el ejercicio de la prostitución y en muchos casos es el sistema de pago utilizado a cambio de los servicios sexuales (Fundación Cruz Blanca y Fundación Atenea, 2016).

El consumo de drogas en las personas en situación de prostitución es un tema que pocas veces se ha explorado aunque se da por hecho que existe una relación entre éste y la prostitución. Este consumo, por tanto, es un problema social y de salud que afecta a las mujeres implicadas directamente. Es un colectivo poco considerado, en el que las personas en situación de prostitución, carecen de ser tratadas como personas, a la vulneración de sus derechos, a sus condiciones de vida en general y de salud en particular, manifiesta de alguna forma la visión predominante en los discursos de corte moral, legal y médico (Rodríguez, Gutiérrez y Vega, 2003).

En consecuencia, como nombra Fundación Cruz Blanca y Fundación Atenea (2016, p.40) “ el consumo de drogas es antecedente cuando la prostitución se convierte en la única opción viable para la persona drogodependiente de acceder a la/s sustancia/s a las que es adicta, ya sea accediendo a fondos para pagar dichas sustancias, ya sea como moneda pago directo por los servicios sexuales. Y decimos que el consumo de drogas es consecuente cuando el ejercicio de la prostitución aboca al consumo de sustancias, ya sea de manera voluntaria o inducida.”

Por otra parte, vemos la dificultad de la mayoría de las mujeres en el acceso a servicios sanitarios, debido en ocasiones, a la ausencia de documentación y a las exigencias administrativas que desde la institución sanitaria se demandan para proporcionar asistencia a las mujeres. El caso de las mujeres se agrava por la procedencia extranjera (choque cultural, diferentes situaciones administrativas, dificultades de idioma, mayor aislamiento por la inexistencia o escasez de redes sociales), luego se percibe la dificultad de muchas mujeres para asistir a citas médicas como pueden ser las citologías que se dan a muy largo plazo, también hay desinformación en el acceso a recursos por problemas de cobertura sanitaria, además de las barreras procedente del desconocimiento del idioma (Fundación Cruz Blanca y Fundación Atenea 2016).

Otra de las causas es la ausencia de documentación: la falta de documentación básica, sumada a la dificultad que supone tramitarla impide y limita las posibilidades a la hora de solicitar prestaciones y ayudas sociales. En suma, la ausencia o escasez de recursos de acogida para mujeres consumidoras que a su vez ejercen la prostitución, ya que en diversas ocasiones se hace difícil encontrar un recurso de acogida para mujeres que ejercen la prostitución, dadas las limitaciones de los perfiles que aceptan (menores de 35 años, sin hijos a cargo, con documentación, etc.), asimismo, se ve incrementado los problemas de adicciones

siendo complejo localizar un recurso que acerca ambas condiciones. (Fundación Cruz Blanca y Fundación Atenea 2016)

Igualmente, la mayoría de las mujeres con un extenso historial de consumo, no pertenecen al lugar, con lo que cuentan con escasas redes de apoyo y no suelen mantener relación con sus familias, lo que agrava el aislamiento social. Incluso, las mujeres extranjeras cuentan con dificultades de inclusión social: con lo que se observa desconocimiento de la ciudad, alta movilidad geográfica, escasas o débiles redes de apoyo, responsabilidades familiares. Cuando un consumo anterior debe pagarse el consumo manteniendo el ejercicio y el estigma que muchas mujeres que ejercen la prostitución tienen de sí mismas, sumado a un consumo de sustancias problemático, hace que aumenten los sentimientos de culpa y vergüenza asociados a su situación, por lo que se detecta un doble estigma: adicciones y prostitución). (Fundación Cruz Blanca y Fundación Atenea 2016).

Por consiguiente, esto dificulta el acceso de muchas mujeres a recursos de atención especializados y a programas específicos para una correcta atención, diagnóstico e intervención profesional.

2. ANTECEDENTES TEÓRICOS.

El siguiente apartado consta de la revisión de la documentación existente sobre el tema de investigación. En primer lugar, se describen los conceptos básicos sobre drogas para contextualizar el tema. En segundo lugar, algunos conceptos de la prostitución, los perfiles de las personas en situación de prostitución, los modelos y los sistemas sociojurídicos para la legalidad de la prostitución. Y, finalmente, el consumo y dependencia a las drogas y a la prostitución.

2.1. LAS DROGAS.

El consumo de drogas hoy en día, es el principal problema de salud pública de los países desarrollados. Las drogas han existido desde siempre, ocasionando un inmenso número de problemas a las personas, que las consumen, o a una parte de ellas, suscitando costes económicos, personales, familiares y sociales (Becoña , 2002).

2.1.1. Conceptos básicos sobre drogas.

Para desarrollar el tema es indispensable iniciar precisando el concepto de drogas.

Por droga entendemos, siguiendo la clásica definición de la OMS: “toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste” (Kramer y Cameron, 1975, s.r.f. Becoña, 2002) y por droga de abuso “cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral” (Schuckit, 2000, s.r.f. Becoña, 2002).

Según Becoña (2002, p.47), por uso de una droga, “se entiende el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se usa una droga de forma esporádica”.

Conforme señala el DMS-IV TR (2002), la dependencia es un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que continua consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas. Las drogas producen dependencia física y psicológica y social. Así, entenderemos por:

- Dependencia física: Es una adaptación o tolerancia de un organismo hacia una determinada droga: cuando ésta se suspende, provoca trastorno físico y malestar, como el síndrome de Abstinencia.

- Dependencia psicológica: Se produce cuando una persona experimenta la necesidad de la droga que le va a producir satisfacción, placer o bien para evitar malestares, lo que la impulsa a una administración continua.

- Dependencia social: Necesidad de consumir como manifestación de pertenencia a un grupo social que proporciona signos de identidad claros.

Por consiguiente, se detallan los elementos necesarios para el diagnóstico de la dependencia de sustancias según el DSM-IV (2002, p.187) que es: “Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

(1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

A) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

(B) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

(2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia.

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia .

(3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

(4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

(6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

(7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)”

“Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia” (DSM-IV TR, 2002, p.182)

Por otro lado, decimos que la tolerancia “ Es un estado de adaptación biológica que se caracteriza porque disminuye la respuesta que provoca la administración de la misma cantidad de una droga. Puede ser:

- Farmacodinámica: Es la que se presenta cuando después de la exposición a la droga, se requieren mayores niveles de la misma para conseguir una respuesta determinada.
- Metabólica: Es el incremento de la capacidad para metabolizar la droga. Puede ser inducida por la propia droga o por cualquier otro agente farmacológico.
- Cruzada. Fenómeno que tiene lugar cuando un órgano o sistema que presenta tolerancia a una determinada sustancia desarrolla tolerancia a otra.
- Pérdida de tolerancia: Se relaciona con el daño neuronal o con alteración del “clearance” metabólico. El concepto de depuración o aclaramiento ("clearance") implica, esencialmente, un proceso de eliminación de un fármaco desde el organismo sin referencia al mecanismo del proceso.” (Infodrogas, 2017).

Con el tiempo las personas que consumen sustancias desarrollan lo que se conoce como el síndrome de Abstinencia se define como el “conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento de variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado o/y en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico ” (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 1994, p.12).

Becoña (2002, p.47), dice que “el abuso es cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo.”

Los criterios para el abuso de sustancias, según el DSM-IV-TR, (2002, p.189) son:

“A) Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa .
 2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
 3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia .
 4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
- B) Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia ”

Las personas pueden manifestar alguno o algunos de los diferentes tipos de consumo que son:

- “ El consumo experimental: Es un consumo inicial o fortuito de una o varias sustancias durante un período de tiempo limitado. La mayoría de veces la droga es ofrecida y no se vuelve a consumir. Los motivos por los que se consume son la curiosidad, el sentirse adulto y parte de un grupo de iguales.
- El consumo ocasional: Se trata de un consumo intermitente, para la integración grupal para la desinhibición personal o para obtener un mayor goce sexual. La persona comienza a gastar dinero en conseguir la droga y puede derivar en el desarrollo de una drogodependencia.
- El consumo habitual: En este tipo de consumo la persona necesita la sustancia a diario para aminorar el malestar psicoorgánico que la persona tiene (dependencia física y/o dependencia psicológica) y para aguantar un rendimiento. No obstante, la dependencia de la sustancia no le impide desenvolverse en su vida cotidiana pensando en la droga, buscándola y autoadministrándola.
- El consumo compulsivo: Es un consumo intenso la vida de la persona gira en torno a la droga y a lograr su consumo. El consumo afecta a toda relación que le impida conseguir la droga, por ello, tiene varias consecuencias sociales como puede ser la pérdida de trabajo, rupturas afectivas, ...)” (Lorenzo y otros 2001, p. 16).

“Las dos primeras formas de consumo son episódicas mientras que las dos últimas son formas crónicas, en las que ya se puede percibir características claras de dependencia.”

(Lorenzo y otros, 2001, p. 16).

2.1.2. Clasificación de las drogas.

Moral y Fernández, 2001, (s.r.f. Lorenzo y otros, 2001, p. 18), han clasificado las drogas agrupándolas según sus efectos, es decir, según induzcan pautas de comportamiento similares en los consumidores.

De acuerdo con este criterio las drogas pueden ser: Depresoras, Estimulantes o Alucinógenas.

- *Drogas depresoras de la actividad del Sistema Nervioso Central (SNC):*

Son aquellas que disminuyen o deprimen el funcionamiento del sistema nervioso central. Producen la alteración de la concentración y en ocasiones del juicio; la disminución de la apreciación de los estímulos externos; relajación; sensación de bienestar, apatía; disminución de la tensión; desaparición de la angustia. Son consideradas drogas depresoras el alcohol, el opio y sus derivados (morfina, codeína, heroína, metadona), los barbitúricos y los tranquilizantes. (Infodrogas, 2017)

Tabla 2.1.2.1: LAS CONSECUENCIAS DE LAS DROGAS DEPRESORAS.

DROGA		CONSECUENCIAS
DEPRESORAS	ALCOHOL	Trastornos hepáticos, digestivo, en el sistema nervioso. Inflamación de nervios, destruye neuronas, trastornos de sueño, dificultad para hablar
	SEDANTES, BARBITÚRICOS	Irritabilidad, fluctuación del estado de ánimo, disminución de la comprensión y la memoria.
	OPIO, HEROÍNA Y METADONA	Pueden producir un paro respiratorio y cardiaco, fluctuaciones de estado de ánimo, temblores, convulsiones. Estados de confusión general, convulsiones, alucinaciones.

Fuente: Elaboración propia basada en la clasificación de las drogas de Palacios y Ramón(2001).

- Drogas estimulantes de la actividad del SNC:

Son drogas que aceleran la actividad del sistema nervioso central provocando euforia, desinhibición, menor control emocional, irritabilidad, agresividad, menor fatiga, disminución del sueño, excitación motora, inquietud. Dentro de este grupo encontramos la cocaína, pasta base, crack, anfetaminas, cafeína, éxtasis. (Infodrogas , 2017)

Tabla 2.1.2.2: LAS CONSECUENCIAS DE LAS DROGAS ESTIMULANTES.

DROGA		CONSECUENCIAS
ESTIMULANTES	CAFÉ, TÉ, CHOCOLATE	Nerviosismo, agitación, problemas digestivos.
	TABACO	Trastornos respiratorios, trastornos circulatorios, infartos, cáncer, sensación de calma.
	ANFETAMINAS	Excitabilidad, escalofrío, irritabilidad, agresividad, insomnio, fiebre, euforia, hipertensión.
	COCAÍNA	Inquietud, hiperactividad, excitabilidad, depresión, euforia, alucinaciones, ansiedad, temor, psicosis, resequedad bucal, escalofrío, fiebre, puede causar la muerte por hemorragia cerebral, bloqueo de la conducción nerviosa del corazón, trastornos del ritmo, infarto de miocardio.

Fuente: Elaboración propia basada en la clasificación de las drogas de Palacios y Ramón (2001).

- Drogas perturbadoras de la actividad del SNC:

Actúan sobre el sistema nervioso central produciendo alucinaciones o ensueño, alteran la sensopercepción. Modifican el estado de vigilia, la noción de tiempo y espacio, produce la exageración de las percepciones sensoriales, en especial de los sentidos de la vista y del oído. En este grupo incluimos la marihuana, hachis, L.S.D., peyote y mezcalina, hongos, inhalables. (Infodrogas, 2017)

Tabla 2.1.2.3: LAS CONSECUENCIAS DE LAS DROGAS ALUCINÓGENAS.

DROGA		CONSECUENCIAS
ALUCINÓGENAS	CANNABIS	Reducción en el impulso sexual, apatía, lentitud, torpeza, pereza, disminución de la atención y concentración, trastornos de la memoria.
	LSD	Delirio, terror, pánico, paranoia, trastornos en la visión, hipertensión, problemas respiratorios, crisis psicóticas, alucinaciones visuales.
	DROGAS DE SÍNTESIS	Pánico, paranoia, estados psicóticos, depresión y crisis de angustia.

Fuente: Elaboración propia basada en la clasificación de las drogas de Palacios y Ramón (2001).

2.1.3. Epidemiología del consumo y dependencia a las drogas.

De acuerdo con el Informe Europeo sobre Drogas de 2016, se estima que la droga más consumida es el cannabis (51,5 millones de hombres y 32,4 millones de mujeres), seguido por la cocaína (11,9 millones de hombres y 5,3 millones de mujeres), la MDMA (9,1 millones de hombres y 3,9 millones de mujeres) y las anfetaminas (8,3 millones de hombres y 3,8 millones de mujeres).

El cannabis es la droga ilegal más consumida en todos los grupos de edad. Esta droga suele fumarse y, en Europa, se mezcla frecuentemente con tabaco. Las pautas de consumo de cannabis pueden oscilar de un consumo ocasional a un consumo regular y dependiente.

La cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida en Europa, con mayor prevalencia en los países del sur y el oeste de Europa. El polvo de cocaína suele esnifarse (aspiración nasal), aunque a veces se administra por vía parenteral, mientras que el crack (base de cocaína) habitualmente se fuma.

Según el Informe 2016 sobre el alcohol, tabaco y drogas ilegales en España la población que se comprende entre los 15 y los 64 años de edad, en 2015 es de 22541 personas.

En 2013, las drogas con mayor prevalencia de consumo son: el alcohol (78%), el tabaco (41%) y los hipnosedantes (12%), seguidos del cannabis (9%) y la cocaína (2%).

La prevalencia de consumo es considerablemente mayor en el grupo de edades comprendidas entre los 15 y los 34 años, excepto en los hipnosedantes, donde su uso aumenta a partir de los 35 años.

Con respecto al cannabis el 30% de la población en edades comprendidas de 15 a 64 años ha consumido cannabis alguna vez en su vida. En 2013, se aprecia que 687.233 personas en edades comprendidas de 15 a 64 años hacen un consumo problemático/de riesgo de cannabis y éste representa el 2% de la población, mientras que el 25% han consumido cannabis en el último año.

El 10% de la población de edades comprendidas de 15 a 64 años ha consumido cocaína alguna vez. La prevalencia de consumo de cocaína ha descendido desde el 2007 siendo los hombres y los más jóvenes los que ofrecen mayor prevalencia de consumo.

En el policonsumo el 14% de las personas de edades comprendidas de 15 a 64 años no ha consumido, ninguna sustancia psicoactiva, en los últimos 12 meses, mientras que el 86% de personas si han consumido. El alcohol está presente al menos en el 95% de los policonsumos y el cannabis en cerca del 60%.

Con respecto al ISTAC, la población de 16 y más años con hábito tabáquico en el año 2015 corresponde a 26,16%, donde el 28,70% son hombres mientras que el 23,69% son mujeres. Se observa que la edad comprendida entre 45-64 años es de consumo de tabaco donde predominan los hombres con un 33,78%, mientras que los jóvenes de 30-44 años es del 29,80% y de 16-29 años de edad corresponde al 29,11%. Por otro lado, percibimos que el 32,92% de las mujeres en edades comprendidas entre los 45-64 años son las que más consumen tabaco, con respecto a 20,35% de las mujeres en edades comprendidas desde 16 a 29 años, pasando por el 25,16% de las mujeres en edades de 30-44 años de edad.

Luego la población de 16 y más años según la frecuencia de consumo de alcohol en Canarias en el año 2015 corresponde a 1.607.913 personas donde el 49,30% son hombres mientras que el 50,69% son mujeres. Se percibe que la edad comprendida entre 45-64 años de consumo de alcohol preeminente es del 34,52%, mientras tanto el 30,09% corresponde a los jóvenes de 30-44 años, seguido del 19,29% en las edades incluidas entre 16-29 años y tan sólo un 16,08% de mayores de 65 años o más de edad. No obstante, entendemos que el 33,37% de las mujeres en edades incluidas entre 45-64 años son las que más consumen alcohol, sin embargo, el 30,20% de las jóvenes mujeres en edades comprendidas entre 30-44 años consumen alcohol, en cambio, el 19,42% corresponde a mujeres de 65 años o más de edad y tan sólo el 17% concierne a mujeres incluidas entre los 16 y 29 años.

2.1.4. Factores de riesgo del consumo de drogas.

En esencia, un factor de riesgo “es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno” (Luengo y otros, 1999).

El Instituto de la Mujer (2007), clasifica los factores de riesgo en:

- Factor Familiar: Influencias paternas, agobio por la situación económica de la familia, divorcio o separación de los progenitores.
- Factor personal: Sentimiento de pérdida de confianza en sí mismo, sensación de agobio, tensión, sensación de no poder superar dificultades.
- Factor social: Uso de drogas en el grupo de iguales, Grupo de iguales consumidores, facilidad para obtener drogas, excesiva importancia al dinero.
- Factor escolar y laboral: Fracaso escolar, poco apego a la escuela, jornadas de trabajo prolongadas, cansancio o estrés en el trabajo, mala situación contractual, insatisfacción en la función o trabajo, inquietud ante el futuro laboral, insatisfacción con el trato recibido.

Por otro lado, La espada, Iraurgi y Aróstegui (2004), señalan que los factores de riesgo pueden ser:

- Factores de riesgo individuales que hacen mención a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse. La edad, la personalidad, los recursos sociales de que dispone, las actitudes, los valores, la autoestima, etc. conforman un sujeto único. Los principales factores de riesgo a nivel individual son: las actitudes, creencias y valores, habilidades o recursos sociales, el autoconcepto y la autoestima, el autocontrol y la experimentación.
- Factores de riesgo relacionales: Son aquellos aspectos relativos al entorno más próximo de la persona. La interacción específica de cada sujeto con la familia, los grupos de pares, iguales o amigos y el contexto escolar y laboral que decreta una situación peculiar.
- Factores de riesgo sociales: que hacen alusión a un entorno social más amplio. La estructura económica, normativa, la accesibilidad al consumo, la aceptación social del mismo y las costumbres y tradiciones que imprimen unas características que diferencian a unas culturas de otras y por consiguiente, perjudica a la conducta del individuo.

2.2. LA PROSTITUCIÓN

El diccionario de la Real Academia Española (2017) define el término de prostitución como “actividad a la que se dedica quien mantiene relaciones sexuales con otras personas, a cambio de dinero” e incorpora la palabra prostituto/a para definir a la persona (hombre o mujer) que ejerce la prostitución. Etimológicamente, el término “prostitución” proviene del latín *prostitutio*, *-ōnis*, que tiene el mismo significado que en la actualidad y que, a su vez, proviene de otro término latino *prostituere*, una palabra compuesta de *pro* (antes o delante) y *statuere* (estacionado, parado o colocado), es decir, algo colocado delante, cuyo significado literal es “exhibir para la venta”.

Otras definiciones del término prostitución son:

“Como señala (ACLAD, 2014, p.7) define la prostitución como la negociación y prestación explícita, directa y a corto plazo de servicios sexuales a cambio de dinero, bienes u otros beneficios, con o sin intervención de una tercera parte. Esta actividad implica como mínimo a dos personas mayores de edad (la que vende y la que compra) que realizan la negociación y la prestación del servicio sin coacción por terceras partes, ya que si la hubiera hablaríamos de explotación sexual”

Según Fundación Atenea (2012), la prostitución es un aspecto más del modelo de sexualidad surgido del orden social patriarcal, modelo androcéntrico, deshumanizado y perjudicial para mujeres y hombres. Es la concepción mercantilista del sistema económico actual, que fomenta que se normalice todo tipo de comercio, incluido el de la compraventa del cuerpo humano. Afirmamos que la prostitución es el fruto de nuestra educación, de nuestras proyecciones y de las representaciones de la sociedad en la que vivimos. La prostitución es un fenómeno de expresión de las relaciones de género, que son susceptibles de cambiar en el tiempo y en el espacio, es por esto, que no se puede tratar como una entidad definida e inmutable.

De acuerdo con la Coalición Internacional contra el tráfico de Mujeres y Dirección del Programa de promoción de la mujer (UNESCO), (s.r.f. APRAMP 2005, p. 12), “ la prostitución no es una expresión de libertad sexual de la mujer, sino que tiene que ver casi siempre con la violencia, la marginación, la dificultad económica y la cultura sexista y patriarcal. De acuerdo con estas tesis, la clave para enfrentar el problema pasa porque la sociedad recupere su capacidad de indignación ante esta forma de esclavitud que es la prostitución. La mayor parte de las prostitutas son mantenidas a través de la fuerza premeditada y el abuso físico pero, a menudo, éste es el resultado del abuso sexual y emocional previo, privaciones y desventajas económicas, marginalización, pérdida de identidad, manipulación y decepción”

2.2.1. La Prostitución, es una cuestión de género.

Según Amador y Gimeno (2010), definimos género como las diferencias entre hombres y mujeres construidas socialmente. Este término recoge los procesos que transforman esas diferencias en relaciones de poder y de desigualdad. Podemos distinguir entre: a) Análisis de género: Diagnóstico de las relaciones históricas y sociales entre hombres y mujeres y de las desigualdades existentes entre ambos; b) Perspectiva de Género: Incorpora una voluntad política de operar para fomentar el cambios de los estereotipos y de los roles; c) Roles de Género: Son las funciones establecidas a hombres y mujeres. Describe qué hace cada uno, los lugares que ocupan y cuál es su participación en el reparto de los recursos y los resultados.

Como afirma (Gimeno, 2012, p.229) “la prostitución es una institución creada por el patriarcado para controlar la sexualidad de las mujeres. En este sentido, es obvio que si ese es el objetivo de la prostitución, entonces es una cuestión de género.”

Por otra parte las feministas antiprostitución confirman que es una cuestión de género, porque son las mujeres las que la desempeñan en su mayoría y hombres las que las solicitan, esto conlleva una desigualdad sistemática entre hombres y mujeres en el patriarcado, y también por la razón y la funcionalidad de la prostitución en sí misma, reafirmando así el patriarcado. La prostitución refleja la desigualdad al terreno sexual. Sin el patriarcado, el sentido sería distinto puesto que no coexistiría la prostitución que entendemos. Por otra parte, siempre que se quiere borrar la relación de cualquier institución o práctica con la desigualdad patriarcal, informan que no tiene nada que ver con la desigualdad estructural y lo califican de un asunto personal. Por consiguiente, puede haber mujeres que demanden la prostitución, pero la prostitución heterosexual está formada por un 95% de mujeres que la desempeñan y hombres que la solicitan (Gimeno, 2012).

La sociedad de hoy, es capitalista puesto que está basada en el androcentrismo, en el que sitúa al hombre como centro de todas las cosas. Se observan diferencias estructurales de género en la división sexual del trabajo, por distintos roles y funciones que el sistema patriarcal asigna a hombres y mujeres. A los hombres, el rol laboral, público y social y a las mujeres el trabajo en el hogar, privado, maternal y el cuidado de los hijos/as y familia, por eso, decimos que existe una desigualdad estructural de género (Fundación Atenea, 2012).

“A lo largo de la historia, la inmigración femenina en España ha estado y está relacionada con el ejercicio de la prostitución, de hecho ha ido en aumento la proporción de mujeres inmigrantes que la ejercen con respecto a las españolas” (Cabrerizo, 2015, p. 37).

“ Diversos estudios coinciden en señalar que las principales causas que provocan la salida de las mujeres de sus países de origen y la entrada en el ejercicio de la prostitución una vez instaladas en el país de destino, son principalmente de orden económico. Cabe destacar que ya desde sus países de origen existen grandes desigualdades de género en sectores vitales como la educación, la participación en la economía y el acceso a puestos de poder. Tan sólo un tercio de las mujeres económicamente activas de África o Asia tienen un trabajo remunerado el 80 % de ellas en el sector agrícola” (Cabrerizo, 2015, p.37).

La prostitución se considera una cuestión de género porque, es una realidad que atañe a las mujeres en su mayoría, por el mero hecho de serlo, y las ubica en un nivel estructural inferior a los hombres en el ámbito laboral, económico y social.

El perfil de personas que le lleva al ejercicio de la prostitución son las siguientes:

- A) Mujeres procedentes de procesos migratorios: Se trasladan de un país a otro para encontrar mejores condiciones de vida en las que no existe ninguna red de apoyo institucional, social y familiar.
- B) Cuidado de hijos/as y/o familia: Suelen ser mujeres que ejercen el papel principal de sustentadora y carecen de la figura de una pareja varón o ésta la ha abandonado.
- C) Dependencia de las drogas: La adicción al consumo de drogas es una razón del inicio en la prostitución, pero también es el resultado del ejercicio de la propia actividad, ya sea por persuasión de su propia pareja, el proxeneta o para sobrellevar mejor la actividad. En muchas ocasiones lo hacen, para costear el consumo de su pareja actual.
- D) Obtención de mayores ingresos económicos: Suelen ser personas con necesidades culturales, sociales y económicas, con la pérdida de empleo del hombre o la mujer y con grandes dificultades para incorporarse al mercado laboral actual.
- E) Transexuales: Este colectivo ejerce la prostitución para costearse las operaciones de sexo e identidad a las que se exponen, ya que por ello, perciben grandes cantidades de dinero que ningún trabajo les proporciona.
- F) Estructuras familiares rotas: Habitualmente son personas que han sufrido violencia en el entorno familiar en su infancia, incluso algunos son objeto de abusos sexuales. (Fundación Atenea, 2012).

2.2.2. Modelos de ejercicio de la prostitución.

Según ACLAD, (2014, s.f.r. Weizter, 2005, p.215), “ la estratificación de la prostitución tiene implicaciones en las condiciones de trabajo, de autoestima de los trabajadores, y el ajuste, psicológico, y su impacto sobre la comunidad circundante”.

Conforme a la Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención a la Mujer Prostituida (APRAMP, 2005), a la Fundación Atenea (2012) y la Asociación Askabide (2006) y ACLAD, (2014) la prostitución se clasifica en:

La prostitución en la calle es la más conocida y practicada a lo largo del mundo. Es la tipología menos utilizada en la actualidad, supone un 10 % de la actividad total. La prostitución en la calle es la que se practica en zonas delimitadas de la ciudad pueden ser los parques y las plazas públicas, los cascos antiguos o zonas industriales, consumarse el contacto sexual en pensiones sencillas cercanas, en los parques o en los vehículos de los clientes.

La mujer que ejerce este tipo de prostitución tiene que buscar al cliente y ejerce habitualmente en lugares que no son su vivienda y que se alquilan para tal fin. Normalmente cada mujer tiene un sitio preestablecido y la búsqueda del cliente puede darse tanto en la calle como en locales de hostelería situados en zonas concretas y delimitadas. Las ganancias dependen de factores como las horas de trabajo, los intercambios en la transacción y la época del año. La oferta de la prostitución en la calle corresponde al perfil de mujeres extranjeras, mujeres mayores, mujeres drogodependientes e inmigrantes carentes de documentación oficial en el país de origen o sin papeles.

Luego está la prostitución en Macro- club, club y pisos que son establecimientos que cuentan con las instalaciones y los servicios adecuados para atender al cliente, en los que las mujeres son el principal negocio. Para ello definimos cada uno de ellos:

- **Macro- Club:** Club con dimensiones de hotel, alejado del entorno urbano ubicado en una vía de comunicación con gran tránsito o polígonos industriales. En estos lugares ejerce un número elevado de mujeres en torno a 100 plazas, entre 15 y 35 años, que son extranjeras en su mayoría. Suelen ejercer en sistema de plaza que se basa en el intercambio de mujeres entre distintos locales, con estancias de 21 días, que coincide con los períodos de menstruación, cada persona paga una cantidad diaria en concepto de alojamiento y tienen derecho a vivienda, alimentación y lugar de trabajo.
- **Club:** Local de alterne con características semejantes a las de un bar, con mujeres dentro. El servicio del cliente se desempeña en el mismo local o se desplazan a pisos cercanos. Se sitúan tanto en las ciudades como en las carreteras del extrarradio. Las personas pueden recibir en los clubes al mismo tiempo que ejercen. Las personas que

residen en ellos se quejan del aislamiento en el que viven, ya que durante la tarde-noche tienen que estar en el club y dormir el resto del tiempo, no teniendo vida social ni tiempo libre para otras actividades.

- Local de alterne: Es un tipo de piso similar a un local de alterne en varios aspectos. Ejerce un gran número de mujeres, destacando a las sudamericanas ante las españolas; proponen todo tipo de servicios, sólo importa el dinero. El importe del servicio lo pueden pagar en metálico como con tarjeta de crédito. El coste del servicio depende del taxímetro o del tiempo (20 min, 30 min, 45min, 1 hora,...) indistintivamente del servicio solicitado. Este tipo de locales abre todo el día y las chicas sólo ejercen dentro del local.

También, se ejerce la prostitución en domicilios privados de dos o tres chicas que no ejercen cualquier tipo de servicio sólo admiten dinero en metálico, en unidades de 30 minutos por servicio con un horario de 10 de la mañana a 8 de la noche y emergen nuevas formas de prostitución que es la que desarrollada en hoteles de lujo, en salones de masaje, los servicios de acompañamiento, el turismo sexual: aquellos viajes que tienen por meta principal mantener relaciones sexuales con personas (sean hombres o mujeres; mayores de edad o menores), la prostitución vía internet, así como otra modalidad de prostitución en la que no se intercambia sexo por dinero, sino que se obtiene otro tipo de canje, como , por ejemplo, sexo por alimento, vivienda o consumo de drogas.

2.2.3. Enfoques sociojurídicos para acercar la legalidad de la prostitución.

A lo largo de la historia, los países han acotado diversos sistemas para tratar el fenómeno de la prostitución y su legislación, determinan las condiciones de trabajo de las mujeres que ejercen la prostitución. No hay consenso a nivel mundial, internacional ni a nivel nacional, como ocurre en España, existen legislaciones diferentes en las distintas Comunidades Autónomas (ACLAD, 2014).

- El sistema prohibicionista

La prostitución es prohibida y castigada con la cárcel, con multas o con medidas reeducadoras para quien la ejerce, organiza y/o promueve. Los argumentos esgrimidos en su defensa son:

- El Estado debe cuidar y reglamentar la moral pública en aras del interés general.
- Es mejor que la prostitución sea vigilada y no clandestina.
- Si no se prohíbe, se facilita el camino a aquellas personas que se hallen próximas a ella.

- Si la prostitución no es punible, es más difícil aplicar las disposiciones que prohíben la explotación ajena.

- No prohibir su ejercicio puede motivar que la opinión pública considere que los gobernantes toleran el vicio por considerarlo un mal necesario.

En la Europa premoderna, se ponía especial énfasis en la sanción de la prostituta nunca del cliente, consideraba a la prostituta delincuente y al cliente víctima tentada por “Eva (Médicos del Mundo, 2005, p. 17).

De acuerdo con APRAMP (2005, p.62), los argumentos que sostienen este sistema es “la necesidad de que el Estado se implique en la solución de un problema de corrupción y vicio mercantilizado, que puede afectar a mujeres y jóvenes de ambos sexos que estuvieran en círculos próximo a la prostitución” y los detractores de este sistema dicen que “la prohibición, lejos de controlar el problema, favorece el ejercicio clandestino de la actividad y la aparición de organizaciones explotadoras de la prostitución”

“El sistema prohibicionista persigue tanto la prostitución como el proxenetismo. Ambos, la persona prostituida y el proxeneta son considerados delincuentes. Estados Unidos (excepto el estado de Nevada), la URSS y China, son algunos países en los que rige este sistema.” (Berostegieta y Martín, 1990, p.79).

- El sistema reglamentarista

Según APRAMP (2005, p.60), este sistema se afirma sobre la base de considerar el fenómeno de la prostitución como un hecho inevitable, cuya existencia ha de ser aceptada por la sociedad. Por ello, la regulación permite establecer un sistema de control de la actividad mediante el confinamiento de algunos de los elementos que intervienen en la misma.

En este sistema, las personas que se prostituyen se exponen a controles públicos, de carácter sanitario, estando prohibida y sancionada la prostitución clandestina ejercida al margen del control público. Sin embargo, quedan fuera de cualquier tipo de control quienes demandan este tipo de servicios.

Los argumentos que sostiene este sistema es facilitar el control sanitario sobre las mujeres prostituidas, de forma que se pueda combatir de manera más eficaz la propagación de enfermedades de transmisión sexual y como argumentos en contra encontramos que favorece el establecimiento de redes ilegales de prostitución, además de consolidar la actividad como oficio profesional a costa de la dignidad de las personas que se ven forzadas a prostituirse y minimiza la violencia real de las personas que ejercen dicha actividad.

“La posición reglamentarista parte del supuesto de que la prostitución es un mal necesario y hay que garantizar a los clientes sexo seguro que las prostitutas deben estar registradas y hay que erradicar la prostitución callejera. Este sistema, coarta la libertad de las personas en situación de prostitución dando lugar a toda clase de abusos contra ellas” (Juliano, 2004, p. 117-118).

Austria, Japón, Australia, los países del África negra, Túnez, Brasil, México y Argentina son estados en los que se aplica este sistema. El ejemplo más significativo es probablemente el de Alemania Federal, donde la prostitución en las ciudades mayores de 20.000 habitantes no puede ser prohibida y está regulada por los propios municipios. Las prostitutas tienen que ser mayores de edad, no padecer enfermedades venéreas - poseen una tarjeta sanitaria- y deben pagar impuestos.(Berostegieta y Martín, 1990, p.79)

- El Sistema Abolicionista

“El sistema abolicionista parte de que la prostitución es una actividad degradante que implica enajenación por parte de las personas que ejercen y depravación de los clientes. El objetivo es erradicarla. Esta posición es utópica. Las mujeres no suelen dedicarse a esta tarea, porque les agrada, porque estén presionadas o amenazadas, sino porque no tienen a su disposición otras actividades que les resulten más convenientes, desde el punto de vista, de la relación ingresos/ tiempo de trabajo. Suele ser la opción preferente para personas en situación administrativa irregular como son los inmigrantes sin permiso de residencia o necesidades económicas” (Juliano, 2004, p. 118).

Como indica Arribas (2012), la perspectiva abolicionista considera a la prostitución como un fenómeno incompatible con la dignidad y el valor de la persona humana. Toda prostitución, para los abolicionistas, constituye una violación de los derechos humanos. Esta perspectiva trataría a las prostitutas como víctimas y no como delincuentes; en cambio, los proxenetas, clientes y toda persona que se beneficie de la prostitución sería tratada más severamente. Se fomenta desde esta postura la reeducación y reinserción de este colectivo en sociedad. Los abolicionistas mantienen que no se debe de legalizar la prostitución porque de esta forma se facilitaría la explotación sexual y la trata de mujeres.

“El régimen abolicionista no preconiza, como su nombre podría dar a entender, la abolición de la prostitución en sí, sino que persigue su organización y explotación. El objetivo fundamental es evitar el comercio de personas. Sin embargo, aunque no prohíbe la prostitución, siempre y cuando se trate de una actividad libre, individual y privada que no atente ni al orden público, ni a la moral, tampoco la reconoce legalmente, y no hay una

reglamentación específica que la contemple. España, Francia, Bélgica, Luxemburgo, Italia y Bulgaria son algunos de los países donde se aplica este sistema “ (Berostegieta y Martín, 1990, p.79).

2.3. EL CONSUMO Y DEPENDENCIA A LAS DROGAS Y LA PROSTITUCIÓN.

“La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas entre las trabajadoras sexuales no se conoce con exactitud, ya que es muy difícil estimar las proporciones numéricas del fenómeno de la prostitución, y aún lo es más construir una encuesta representativa de mujeres que la ejerzan con mayor o menor asiduidad.

Por lo que se refiere al consumo de drogas, sólo 30 de las 169 mujeres de las que se dispone de información válida reconoció haber consumido drogas ilegales distintas del cánnabis.

Esto significaría que el 80% de las prostitutas entrevistadas no consumen drogas ilegales aparte del cánnabis, dato que para los autores resulta poco creíble. En efecto, si tomamos en cuenta el consumo problemático, el 15% de las personas entrevistadas pueden considerarse dependientes de al menos una sustancia. En las mujeres que consumían drogas en el momento de la encuesta, cerca del 80% comenzó a prostituirse tras haberse iniciado en el consumo y para la mayoría de ellas, la prostitución es una forma de financiar este consumo. Además las usuarias de drogas se encuentran en el grupo de mujeres que ejercen la prostitución en condiciones de mayor precariedad”(Caguero y Lagrance, 2005, p. 5).

Según la Fundación Cruz Blanca y Fundación Atenea (2016), el perfil es de mujeres de 26 a 35 años de edad, que tiene la educación secundaria obligatoria terminada y que llevan años en la prostitución. Las sustancias de consumo que utilizan mayoritariamente es el alcohol para el 57%, la cocaína para el 29% y el cánnabis para el 15%, continuadas en menor porcentaje de los tranquilizantes. El 55% de las mujeres manifiestan preocupación por su consumo de sustancias, fundamentalmente relacionados con su salud y el miedo a desarrollar una adicción. El ejercicio de la prostitución es tributo del inicio del consumo de sustancias para el 52% de las mujeres, fundamentalmente en el inicio del consumo de cocaína. Las causas del consumo están asociadas a aguantar el trabajo, conseguir más clientes y razones vinculadas a la desconexión (relajarse, dormir, calmar nervios).

Un 44,6% de las mujeres consumen dentro y fuera del trabajo, en cambio, un 40% consume exclusivamente en el trabajo y casi el 60% consumen con clientes, fundamentalmente alcohol (80%) y cocaína (38%). El 67% de las personas de origen extranjero expresan que han iniciado el consumo de alguna sustancia a raíz de comenzar el ejercicio de la prostitución, es decir, se trata de un consumo que podemos mencionar como consecuente.

“El incremento del tráfico y el consumo de estupefacientes ha generado importantes modificaciones en el mundo de la prostitución. No parece que el consumo de drogas este tan extendido entre las prostitutas como a primera vista se podría suponer, si nos referimos a las que han llegado a la drogadicción dentro del ejercicio de la prostitución. Es la inmersión en su medio de mujeres que necesitan dinero para costearse la adicción lo que provoca que el porcentaje de consumidoras haya aumentado entre ellas. La inducción de muchas prostitutas al consumo de drogas constituye una forma de incrementar el control sobre ellas por parte de las cadenas de explotación” (Urbez , 1989, p.449-450).

El consumo consecuente al ejercicio de la prostitución suele ser inducido por los clientes o proxenetas, como parte del servicio, siendo éste mejor pagado, fomentando una estrategia disociativa para intentar moderar las consecuencias emocionales o una estrategia de coacción y control por parte de las redes en las que someten la resistencia de las mujeres, producen la dependencia a las sustancias y aumentan su deuda. La edad de las mujeres cuando empezaron a ejercer y a consumir junto con el lugar de ejercicio de la prostitución, así como ser nacional de otro país, implica factores de exclusión como puede ser la edad en cuanto a ser demasiado joven o demasiado mayor; ser persona extranjera, y finalmente, el lugar de ejercicio de la prostitución se define a sí mismo como exclusor, ya que está estrechamente relacionado con el fenómeno de la prostitución, discriminante según género, además de esto, podemos decir que se pueden desencadenar escenarios de marginalidad o guettos, ya que sólo afecta a las mujeres por el simple hecho de serlo, por la edad y por ser mujer migrante. (Fundación Atenea, 2012)

Las mujeres más jóvenes que son españolas comenzaron a ejercer y consumir con la misma edad que las mujeres más mayores españolas, y se iniciaron en el ejercicio para costearse un consumo abusivo desde hacia tiempo, perteneciendo al mismo perfil de las mujeres españolas de larga trayectoria de consumo que comenzaron a consumir drogas y a ejercer jóvenes para costearse el consumo. El perfil de las mujeres que consumían y ejercían antaño sigue siendo el mismo, sin embargo, antes la sustancia de mayor consumo era la heroína y actualmente es la cocaína o una mezcla de ambas sustancias. (Fundación Atenea, 2012).

En resumen, podemos decir que el perfil de personas en situación de prostitución que consumen drogas es de:

- “ Mujer madura española de 40 años en adelante que comienza a ejercer y consumir joven y lleva muchos años ejerciendo para costearse el consumo de drogas, se trata, por tanto de un perfil habitual de población drogodependiente cronicada.

- Mujer madura de origen inmigrante que empieza actualmente a ejercer la prostitución para enviar remesas a su país de origen o sobrevivir en el país de acogida y en el contexto de la prostitución conoce el consumo.
- Mujer española madura, con larga trayectoria de prostitución pero sin consumo y el ejercicio de la prostitución que se realiza habitualmente para la supervivencia.
- Mujer joven, española o extranjera, que ante la situación de crisis económica comienza a ejercer en la actualidad y conoce el consumo en el ejercicio de la prostitución, en varias ocasiones no son consumidoras ”(Fundación Atenea, 2012, p.42-43).

Según Pérez, Lara y González, (2010, p.367), “hay relación entre haber sido diagnosticado de una dependencia a sustancias y anteriormente haber sufrido abusos sexuales por un adulto durante la infancia o adolescencia”.

Las mujeres drogodependientes que desempeñan la prostitución no tienen demasiada movilidad, ejercen en la zona de consumo, en calle, poblados de consumo o polígonos industriales próximos asiduos a su radio de acción y en varias ocasiones, se produce un intercambio de sexo por sustancias, no por dinero. (Fundación Atenea, 2012)

Es necesario recalcar que la mayoría de las mujeres cuentan con trabajos precarios o esporádicos, que compaginan con el ejercicio de la prostitución como puede ser el cuidado de menores, mayores, personas dependientes o el servicio doméstico, en efecto, consideramos que son empleos feminizados, ya que se considera que las mujeres por el hecho de ser mujeres saben realizar las tareas relacionadas con el espacio privado, es por ello, por lo que existe mayor demanda. Así mismo, es por ello que suelen acceder mujeres con niveles de estudios primarios o mujeres migrantes sin la documentación adecuada para residir en el país de origen. (Fundación Atenea, 2012)

Conforme a esto, percibimos que las mujeres migrantes habitualmente son mujeres de mediana edad que efectúan un proyecto migratorio a otro país con la intención de buscar empleo, mejorar sus condiciones de vida o las de su familia, enviando remesas a sus países de origen puesto que allí sostiene a los hijos/as, o preparan un posible desplazamiento de la familia una vez ellas estén aquí. (Fundación Atenea, 2012)

Por todo esto, su inicio en el ejercicio de la prostitución es, a consecuencia, de la imposibilidad de encontrar un empleo normalizado con el que concluir su proyecto migratorio, o porque valoran que el ejercicio de la prostitución les aporta ingresos económicos rápidos o más rápidos que los que puede obtener con un empleo “normalizado”.

Simultáneamente las redes de trata o de explotación sexual llegan con una promesa de empleo al país de origen, por lo que tienen que devolver la deuda de transporte por el ejercicio

de la prostitución, razón por la cuál las mujeres extranjeras no se enganchan al consumo abusivo de drogas y si lo hacen, suelen ser a edades avanzadas. Así mismo se desplazan entre países y ciudades, para sobrevivir y adquirir recursos económicos para sus hijos/as y familias desarrollando varios procesos migratorios o porque ejercen la prostitución en varios lugares. (Fundación Atenea, 2012)

El consumo de drogas provee mayores riesgos y consecuencias negativas para la salud de las mujeres que están en situación de prostitución. Existe mayor consumo por vía endovenosa, tienen escaso control para negociar la protección de las relaciones sexuales y aumenta la probabilidad de ser víctima de violencia o agresión, siendo más vulnerable y teniendo un ínfimo estado de salud. (Meneses, 2010)

Para Pérez, Lara y González (2010, p.366), “ la mayoría de los autores, los sucesos de abuso sexual en la infancia se han expuesto como un factor que puede facilitar alcoholismo y/o drogodependencia.”

Dicho lo anterior, Pérez, Lara y González, (2010, p.367) afirma que existe una gran relación entre la prostitución y la dependencia emocional donde “el 56% de las mujeres drogodependientes presentan puntuaciones superiores a la media en la escala de dependencia emocional hacia otra persona, el 81,6% manifiesta falta de autoconfianza social y, el 21,38% registra una puntuación inferior a la media en cuanto a su autonomía.”

Hay que mencionar, además que las mujeres que han sufrido abusos sexuales en la infancia comienzan a consumir heroína a una edad más temprana, en torno a los 17,5 años y cocaína a los 18, las que no sufrieron abusos inician el consumo de heroína a los 19,6 años, y cocaína a los 19,4. En la edad de inicio de consumo se mantiene en los 15 años de edad. También cabe señalar, que el 37,8% de las mujeres que han estado en tratamiento en Proyecto Hombre han sufrido abuso sexual en la infancia o adolescencia. (Pérez, Lara y González, 2010)

En definitiva, “el suceso traumático de abuso sexual en la infancia puede ser un factor importante en el inicio del consumo de drogas, ya que al fin y al cabo, consumir drogas abusivamente es la mejor forma de no pensar, ni sentir” (Pérez, Lara y González, p. 374).

“Por otra parte, confirmamos que 71,4% de las mujeres que sufrieron abusos sexuales ejercen la prostitución frente a 39,% que no. Muchas de estas mujeres desde la infancia se han acostumbrado a que se beneficien de su cuerpo, podemos pensar que la mujer siente que ha perdido su valor, su intimidad, y entra en una espiral de desvaloración, es por ello, que han desarrollado un suficiente dolor emocional como para sentirse despreciables, asumiendo una definición negativa del placer y de sí mismas” (Pérez, Lara y González, p. 374).

Como expone Pérez, Lara y González (2010) las razones para ejercer la prostitución, de un gran número de las mujeres apuntan a la necesidad de conseguir dinero para adquirir drogas, para ellas y para sus parejas o suscitadas como fin para obtener dinero para el cuidado de hijos. Además de esto, percibimos que los hombres, en ocasiones, obliga a su pareja a ejercer la prostitución para conseguir drogas o para pagar deudas. Esta situación hace que las mujeres se sientan utilizadas y manifiesten que se están aprovechando de ellas.

Conviene subrayar que, las mujeres que mantienen relaciones con personas vinculadas al mundo de la droga, en muchos casos, relacionan el comienzo del consumo de drogas a sus parejas. A su vez, exponen como la pareja consumidora admitió y exigió el ejercicio de la prostitución con el fin de conseguir un beneficio común. (Meneses, 2010)

En general, según Pérez, Lara y González (2010, p.375), “la postura de sumisión cambia más aún la autonomía de la mujer cuando ésta depende de una sustancia y esta actitud de sumisión-subordinación de la mujer con problemas de drogodependencia, se apoya y refuerza a la hora de depender de otra persona para obtener drogas. Cabe señalar que es crucial la relación con la pareja a la hora de realizar una demanda de tratamiento ya que influencia en la opinión y el apoyo de su compañero. Lo mismo ocurre a la hora de abandonar el tratamiento, siendo notable, la influencia de la pareja en las recaídas”

Según Meneses, (2007, p.191), “en España, el uso problemático de heroína o el policonsumo ha llevado a un sector de mujeres a la realización de servicios sexuales como forma de sostener la dependencia. Se ha asociado con este tipo de uso de drogas una serie de conductas de riesgo: la desprotección de las relaciones sexuales, el consumo de drogas por vía intravenosa, el intercambio de material de inyección, las agresiones físicas y sexuales que se pueden producir en estos contextos y las circunstancias de vulnerabilidad de las personas que ejercen la prostitución en la negociación con sus clientes”

Cuenta que este tipo de sustancias están vinculados con usos de tipo funcional o instrumental en los entornos menos «visibles» de la prostitución (apartamentos o clubs), entre tanto, la dependencia a la heroína se ha asociado con la prostitución de calle.

“Las sustancias psicoactivas de mayor consumo en este patrón de consumo fueron la cocaína, las anfetaminas, el alcohol, y algunos inhalantes ” (Meneses, 2010, p.331).

El modo de consumo estaba vinculado a los servicios sexuales y al cliente. Éste es el que ofrecía e invitaba al consumo de cocaína antes o durante las prácticas sexuales. Los motivos por los que consumían cocaína eran tanto para olvidar la actividad que realizaban como para no tomar conciencia de la estigmatización que tenían. Por otra parte, los efectos de la cocaína podían ser útiles en su ejercicio sexual, porque les proporcionaban estar despiertas

durante muchas horas, aguantar el trabajo y desarrollar prácticas sexuales con numerosos clientes e incluso expresaban que les aumentaba la libido y la excitación. (Meneses, 2007)

No sólo lo anterior, sino también, estas personas percibían que las altas dosis de consumo de cocaína que realizaba el cliente implicaba no demandar las prácticas sexuales, aunque había acudido a por ellas. Por ello, en varias ocasiones, este consumo supone que la práctica sexual se centrara en acompañar durante un tiempo prolongado al cliente, produciendo una mayor ganancia económica y eludiendo la realización de las prácticas demandada. (Meneses, 2007)

Goldstein (1979) ha puntualizado cómo estos consumos pueden convertirse en intensivos y compulsivos, siendo la prostitución un contexto de inicio y adquisición de la dependencia a drogas. Además, Meneses 2010 expresa que (s.r.f. Smith y Marshall, 2007, p.331) las repercusiones psicológicas que genera en las mujeres el ejercicio de la prostitución pueden provocar un incremento del consumo.

La cocaína tiene varios efectos y consecuencias una de ellas es que los clientes que consumía esta sustancia con frecuencia, mientras estaban con las personas que ejercían la prostitución, no podían lograr la erección, el orgasmo o la eyaculación. Dado esta situación se podrían dar dos comportamientos de riesgo: uno, conductas violentas o agresivas por parte del cliente, sobre todo cuando había consumido varias drogas, debido a que no estaba dispuesto a no conseguir la satisfacción demandada y pagada y dos, demanda de no usar el preservativo y a la aceptación de no utilizarlos por parte de algunas personas que ejercían la prostitución. (Meneses, 2007).

El consumo estaba vinculado a la prostitución, fuera del desarrollo de los servicios sexuales no consumían estas sustancias psicoactivas, no asignaban recursos económicos propios a la adquisición de drogas, sino que eran invitadas y proporcionadas por el cliente. Dichas personas elegían a los clientes con quien consumir cocaína para disminuir los peligros que pudieran suceder durante el encuentro sexual y de consumo siendo éstas algunas de las estrategias ante el consumo de la cocaína. Los consumos de cocaína descritos anteriormente son funcionales o instrumentales, y podrían acaecer en usos compulsivos si los motivos y las circunstancias del consumo dejan de estar vinculados a la prostitución (Meneses, 2007).

De ahí que, las personas que ejercen la prostitución en la calle consumen drogas de forma diferente a las que ejercen en locales o apartamentos (Dalla, 2002; Church y otros, 2001), en términos de frecuencia y cantidad, incluso con una mayor dependencia a éstas. Aunque, las personas que se ocupan, o contactan en la calle, son minoritarias del total de población que ejerce la prostitución, apreciándose entre el 5% y 20% (ESCODE, 2006).

Por lo cual, “existe una desproporción en la presencia de mujeres más vulnerables y en exclusión social en la calle, en términos de raza, etnicidad y género, respecto al sector más oculto de la prostitución”(Strega et ál., 2009, s.r.f. Meneses, 2010, p. 331).

Las barreras culturales de origen pueden ser un obstáculo significativo “ para el uso de éstas sustancias, fundamentalmente en las personas que provienen de países Subsaharianos, puesto que el uso no es aceptado socialmente entre las mujeres” (Beckerleg, 2008,citado en Meneses 2010, p.331-332), o “porque son otras las drogas con las que están familiarizadas”(Leggett, 2001, s.r.f. Meneses 2010, p.332).

Numerosas mujeres drogodependientes, han iniciado su consumo o sufrido recaídas a partir de la relación afectiva establecida con hombres toxicómanos. Los deseos de vincularse, de ayudarles a salir, o de destruirse con ellos son acelerantes que ejercen en las mujeres, desde la dependencia afectiva en la que han sido educadas. Determinados rasgos de la identidad de género han podido jugar un papel importante en la protección de las mujeres. Tal vez, el riesgo como valor tradicionalmente masculino ha alejado a muchas mujeres de toxicomanías más osadas, abocándolas a dependencias más admisibles como el consumo de benzodiazepinas. (Palop, 2000)

La prostitución es un fenómeno difícil de erradicar ya que existen factores económicos, políticos y culturales que evitan hacerlo. Por tanto, existe a la vez una red de intereses económicos que sustenta a la prostitución como una actividad organizada socialmente con fines mercantiles entre ellos, el consumo de drogas en la prostitución (Rodríguez, Gutiérrez y Vega, 2003)

3. OBJETIVOS.

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Conocer la opinión de las profesionales sobre el perfil y los hábitos de consumo de las personas en situación de prostitución.

3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Estudiar el perfil de las personas en situación de prostitución que utilizan organizaciones no gubernamentales.
- Conocer los tipos de drogas que mayoritariamente consumen las personas en situación de prostitución.
- Conocer la opinión que tienen las profesionales sobre las causas del consumo en las personas en situación de prostitución.

4. MÉTODO.

El método de estudio de una investigación social, es clave y un elemento primordial para poder realizar el estudio con efectividad.

En este apartado se señala el método elaborado para la realización del estudio anteriormente citado. Éste consta del tipo de investigación, las técnicas utilizadas, la población objeto de estudio y el instrumento para la recogida de datos.

4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES.

El presente trabajo cuenta con un tipo de investigación descriptiva, “consiste en describir una situación real natural mediante la observación sistemática no participante o valiéndonos de preguntas a una muestra de personas capaces de proporcionar la información deseada” (García y Martínez, 2013, p. 103). La metodología es cuantitativa y la definimos como “la medición objetiva, en la causalidad, en la generalización de resultados de la investigación” (Perelló, 2009, p. 48).

El instrumento para la recogida de datos ha sido el cuestionario (Ver Anexo)elaborado por la propia alumna, a partir de Encuesta sobre el Uso de Alcohol y otras Drogas en España, (EDADES), financiada y ejecutada por el Plan Nacional sobre Drogas, ésta ha sido modificada y adaptada para la realización del presente estudio, el cuál consta de 35 ítems relacionados con los objetivos del estudio, cabe destacar que el cuestionario consta de preguntas cerradas, preguntas abiertas y de respuesta múltiple. Los cuestionarios han sido contestados por las profesionales y voluntarias de las diferentes organizaciones que son Fundación Cruz Blanca, Médicos del Mundo y Hermanas Oblatas “ La Casita”.

Después de contactar telefónicamente y por correo electrónico con cada una de las organizaciones y explicarles en qué consistía la investigación, se les visitó para realizar una entrevista para cumplimentar el cuestionario.

El cuestionario se realizó de manera rápida y amena, donde las profesionales, tenían la libertad para explicarse y dar la información pertinente para ser estudiada.

4.2. POBLACIÓN.

Para la realización de este trabajo de investigación se tomó como población a las profesionales y voluntarias que trabajan con personas en situación de prostitución de las organizaciones las cuales son la Fundación Cruz Blanca, Médicos del Mundo y Hermanas Oblatas “La Casita” ya que el objeto de estudio es intentar conocer la opinión de las profesionales consultadas sobre el perfil y los hábitos de consumo de las personas en situación de prostitución.

El estudio se llevó a cabo durante los meses de mayo y junio del año 2017.

Tabla n° 4.2.1. Profesionales consultados según el sexo.

Sexo	F	%
Mujer	11	100
Hombre	-	-
Total	11	100

Las profesionales entrevistadas son 11 de las cuales el 100% son mujeres.

Tabla n° 4.2.2. Profesionales consultados según la edad.

Edad	F	%
Menos de 30 años	1	9,09
30-40	5	45,45
40-50	5	45,45
Total	11	100

Con respecto a la edad de las profesionales consultadas se concentra en los intervalos de 30 a 50 con un 90,9% mientras que sólo 9,09% tiene menos de 30 años.

Tabla n°4.2.3. Profesionales consultados según su profesión.

Profesión	F	%
Trabajo Social	6	54,54
Pedagogía	1	9,09
Psicología	1	9,09
Otros	3	27,27
Total	11	100

Tal y como se aprecia en la tabla, observamos que el 54,54% son Diplomadas en Trabajo Social, el 27,27% corresponde a otros, que son una administrativo y dos Diplomadas en Educación Social, mientras que el 9,09% pertenece a una Licenciada en Pedagogía y una Licenciada en Psicología.

Tabla n° 4.2.4. Profesionales consultados según el número de años que ha trabajado con mujeres en situación de prostitución.

	F	%
Menos de 1 año	1	9,09
1-3	4	36,36
4-6	4	36,36
Más de 15	2	18,18
Total	11	100

Según se observa en la tabla, el 36,36% de las profesionales consultadas se concentra en el intervalo de 1 a 3 y de 4 a 6 años de experiencia respectivamente, luego el 18,18% tiene más de 15 años, mientras que sólo el 9,09% lleva menos de 1 año de experiencia con el colectivo.

Tabla n°4.2.5. Profesionales consultadas según su formación en género y drogodependencias.

	F	%
Género y drogodependencias	4	36,36
Género, prostitución y trata	3	27,27
Género, prostitución, trata y drogodependencias	3	27,27
NS/NC	1	9,09
Total	11	100

Del total de profesionales que participan en la investigación, que son 11, el 36, 36 % posee formación en género y drogodependencias, mientras que el 27,27% tienen formación en género, prostitución y trata y además el 27, 27% en género, prostitución, trata y drogodependencias y tan sólo el 9,09% Ns/Nc.

4.3. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS.

El instrumento para la recogida de datos ha sido un cuestionario. Este cuestionario está dirigido a once profesionales y voluntarias de los recursos seleccionados consta de tres bloques : por un lado, cuenta con datos sociodemográficos de las profesionales y voluntarias, por otro lado, de los datos sociodemográficos de las personas en situación de prostitución y una serie de ítems que corresponden al proceso migratorio, los estilos de vida, el estado de salud y los factores de riesgo y tratamiento, así como las observaciones de algunas de la práctica profesional de alguna de las profesionales que trabajan con el colectivo de personas en situación de prostitución.

En el primer bloque se recoge: el sexo, la edad de las profesionales y voluntarias, la profesión, los años de experiencia trabajando con el colectivo así como la formación específica que poseen.

En el segundo bloque, los datos sociodemográficos pertenecientes al perfil de las personas en situación de prostitución, a la edad, a los estudios que tienen y al estado civil.

En el tercer bloque, el proceso migratorio, los estilos de vida, el estado de salud, los factores de riesgo y el tratamiento y las observaciones de alguna de las profesionales que trabajan con el colectivo.

En la investigación se utilizó un cuestionario con preguntas cerradas, abiertas y de respuesta múltiple, con el fin de evaluar todas las opciones que queríamos conocer, además, se incluyó una última pregunta donde cada profesional pudo aportar lo que considero necesario aportar de su práctica profesional con el colectivo y de las propuestas a futuro.

4.4.TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS.

Para este estudio, se ha realizado un análisis descriptivo de los datos, que persigue “describir las características de un conjunto de observaciones” (Blanco y Rodríguez, 2007 s.r.f. Herrera, 2008, p. 18). Para ello se han utilizado técnicas descriptivas como cuadros que proporcionan de forma clara y entendible los resultados obtenidos en el estudio, para su posterior análisis y discusión.

El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa informático llama SSPP Statistics versión 21, que proporciona calcular los porcentajes y las tablas para, posteriormente, analizar e interpretar los datos obtenidos de nuestro objeto de estudio.

5. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de la investigación. Para ello se han utilizado tablas de frecuencia. Éstos aparecen fraccionados en 6 dimensiones, donde se especifican los datos correspondientes a la recogida de información sobre las usuarias del colectivo. Este cuestionario consta de ítems cerrados e ítems abiertos en los que las respuestas pueden ser múltiples, por tanto, las profesionales contestan a varios de los ítems seleccionados en las preguntas.

5.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICO

En este apartado se muestran los datos sociodemográficos donde señalamos el sexo, la edad, los estudios y el estado civil de las personas en situación de prostitución.

Tabla nº 5.1.1. Opinión de los profesionales consultados según el sexo de las personas en situación de prostitución.

Sexo	F	%
Mujeres	11	100
Transexual	11	100
Total	11	100

Según la tabla anteriormente citada, percibimos que dada la opinión de las profesionales consultadas según el sexo de las personas en situación de prostitución son el 100% mujeres y mujeres transexuales.

Tabla nº 5.1.2. Opinión de los profesionales consultados según la edad de las personas en situación de prostitución.

Edad	F	%
Menos 18 años	0	0
18-25	5	45,45
26- 35	11	100
36 o más	3	27,27
NS/NC	0	0
Total	11	100

Como observamos en la tabla anterior, según la opinión de las profesionales consultadas conforme a la edad predominan los intervalos de 26-35 años con un 100%, luego los intervalos de edad de 18-25 años con un 45,45%, mientras que los intervalos de edad de 36 o más oscila en torno a 27,27%, a pesar de ello, según las profesionales, no podemos, acotar a un o unos intervalos determinados, puesto que la edad es relativa y es diversa.

Tabla n° 5.1.3. Opinión de los profesionales consultados según los estudios que tienen las personas en situación de prostitución.

Nivel de estudios	F	%
Sin estudios/ Cursos primarios incompletos	3	27,3
Estudios primarios completos	6	54,5
Estudios secundarios 1ª etapa	2	18,2

Como percibimos en la tabla, conforme a la opinión de las profesionales consultadas el 54,5% de las usuarias tienen estudios primarios completos, mientras que un 27,3% carece de estudios o son primarios incompletos y tan sólo el 18,2% posee estudios secundarios de la 1ª etapa.

Tabla n° 5.1.4. Opinión de las profesionales consultadas según el estado civil de las personas en situación de prostitución.

Estado Civil	F	%
Soltero/a	11	100
Pareja estable	5	45,45
Casada/Pareja de hecho	3	27,27
Separada/o , divorciada/o	11	100

Con respecto al Estado Civil las profesionales consultadas opinan que el 100% son personas solteras, separadas o divorciadas, mientras que el 45,45% tienen pareja estable y, por el contrario, el 27,27% son casadas o en pareja de hecho.

5.2. PROCESO MIGRATORIO

En el siguiente apartado exponemos el proceso migratorio donde señalamos la nacionalidad de las personas en situación de prostitución, así como la nacionalidad de los diferentes lugares donde ejercen, de donde proceden los ingresos para costear el viaje a España, la situación administrativa, la profesión que esperaban desempeñar al llegar a España, las causas por las que comenzaron a ejercer la prostitución y saber si compaginan actividad profesional con la prostitución.

Tabla nº 5.2.1. Opinión de las profesionales consultadas conforme a la nacionalidad de las personas en situación de prostitución según el lugar.

Nacionalidad	En general		Clubs		Pisos		Calle	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Española	10	90,9	8	72,72	10	90,91	7	63,64
Latinoamérica	11	100	8	72,72	10	90,91	5	45,45
Sudáfricana/África Subhariana	11	100	3	27,27	1	9,09	6	54,55
Europa del Este	9	81,81	11	100	5	45,45	11	100

Como podemos observar en esta tabla, las profesionales opinan que las personas en situación de prostitución provienen de Latinoamérica y África con un 100%, mientras que un 90,9% son españolas y un 81,81% son de Europa del Este. Luego, se percibe que la nacionalidad de las personas en situación de prostitución en los Clubs corresponde a un 100 % de Europa del Este, mientras que 72,73% son españolas y Latinoamérica y tan sólo un 27,27% respecto de África. Por otra parte, las profesionales consultadas opinan que las personas en situación de prostitución que ejercen en los pisos es del 90,91% son españolas y de Latinoamérica, el 45,45% son de Europa del Este y tan sólo el 9,09% son de Sudáfrica. Por consiguiente, según la opinión de las profesionales consultadas exponen que las personas en situación de prostitución que ejercen en la calle corresponde al 100% de Europa del Este, seguido de un 63,64% son españolas, un 54,55% son de Sudáfrica y un 45,45% provienen de Latinoamérica.

Tabla nº 5.2.2. Opinión de las profesionales consultadas según la procedencia para costear viaje a España.

Procedencia para costear el viaje	F	%
Propios ingresos	7	63,64
Préstamo	9	81,82
Deuda	9	81,82
Otros medios	1	9,09
NS/NC	2	18,18

En la tabla anterior, observamos que acorde a la opinión de las profesionales exponen que las personas en situación de prostitución para costear el viaje a España, el 81,82% lo realizan por préstamos o deuda, mientras que el 63,64% por propios ingresos, un 18,18% de las profesionales entrevistadas nos dice que NS/NC y un 9,09% otros medios.

Tabla nº 5.2.3. Opinión de las profesionales consultadas según la situación administrativa de las personas en situación de prostitución.

Situación administrativa	F	%
Regular	4	36,36
Dependiendo de su situación administrativa en el país de acogida.	7	63,64

En esta tabla percibimos que las profesionales observan que el 36,36% de las personas en situación de prostitución están en situación regular mientras que el 63,64% dependen de su situación administrativa en el país de acogida dependiendo de su nacionalidad, del permiso de residencia, de los contratos laborales o de matrimonio o acogidas en el país por asilo político.

Tabla n° 5.2.4. Opinión de las profesionales consultadas según la profesión que esperaba desempeñar al llegar a España.

Profesión que esperaba desempeñar al llegar a España		
	F	%
Hostelería	2	18,18
Sector servicios en general	8	72,73
Actividades de los hogares	1	9,09
Total	11	100

Según la tabla, las profesionales consultadas contemplan que el 72, 73% de las personas en situación de prostitución esperaban trabajar en el sector servicios, el 18,18% en la hostelería y el 9,09% en las actividades de los hogares.

Tabla n° 5.2.5. Opinión de las profesionales consultadas sobre las causas por las que comenzaron a ejercer la prostitución.

	F	%
Por dinero	5	45,45
No encontrar otro trabajo de ingresos similares	4	36,36
Por obligación	7	63,64
Por cargas familiares	7	63,64
Por costear consumo de drogas	3	27,27
Por estar en situación irregular	8	72,73
Otros motivos	3	27,27

Con respecto a la tabla anterior, percibimos que las causas por las que comenzaron a ejercer la prostitución son por estar en situación irregular un 72,74%, por obligación y cargas familiares directas o indirectas en el país de acogida y el país de origen un 63,64%, por dinero un 45,45%, por no encontrar otro trabajo de ingresos similares un 36,36%, mientras que por costear el consumo de drogas y otros motivos tan sólo el 27,27%. Cabe destacar que la falta de oportunidades de educación, la inserción laboral, la vulnerabilidad de las mujeres, la pobreza estructural, la ausencia de redes de apoyo social, las redes de trata, los abusos sexuales en la infancia, los procesos migratorios frustrados, la desigualdad de género y los

contextos de exclusión repetidos, también son algunas de las razones por las cuales se inician en el ejercicio de la prostitución.

Tabla n° 5.2.6. Opinión de las profesionales consultadas conforme a compaginar actividad profesional con prostitución.

	F	%
No	11	100
Si	-	-
Total	11	100

Según las profesionales consultadas responden que las personas en situación de prostitución no compaginan actividades profesionales con prostitución.

5.3. ESTILOS DE VIDA

Este apartado muestra los estilos de vida de las personas en situación de prostitución, en el cual se expone si consumen drogas, los tipos de drogas consumidas, la frecuencia del consumo de alcohol, cocaína, heroína y otras drogas, las causas del consumo de drogas, la información de las drogas y sus efectos y consecuencias sobre ellas.

Tabla n° 5.3.1. Opinión de las profesionales consultadas sobre el consumo de drogas en las personas en situación de prostitución.

Consumo de drogas	F	%
Si	11	100
No	-	-

Según la tabla anteriormente citada, las profesionales consultadas responden que las personas en situación de prostitución si consumen drogas, aunque no todas son consumidoras y algunas sólo consumen en el contexto en el que se desarrollan.

Tabla n° 5.3.2. Opinión de las profesionales consultadas según el tipo de drogas consumidas en las personas en situación de prostitución.

Tipos de drogas consumidas		
	F	%
Alcohol	11	100
Tabaco	5	45,45
Tranquilizantes	3	27,27
Somníferos	2	18,18
Cannabis o marihuana	10	90,91
Cocaína en polvo	11	100
Cocaína en forma de base	7	63,64
Éxtasis	0	0
Heroína	1	9,09
Alucinógenos	0	0
Inhalantes volátiles	0	0

En lo que respecta al tipo de consumo de drogas las profesionales opinan que el alcohol y la cocaína en polvo son las drogas más consumidas en un 100%, seguido del cannabis y la marihuana con un 90,91%, la cocaína en forma de base con un 63,64%, el tabaco con un 45,45%, los tranquilizantes, un 27,27%, mientras que los somníferos un 18,18% y la heroína tan sólo un 9,09. Por lo que se puede observar en la tabla, bajo la opinión de las profesionales consultadas el éxtasis, los alucinógenos y los inhalantes volátiles no se consumen en este colectivo.

Tabla n° 5.3.3. Opinión de las profesionales consultadas sobre la frecuencia del consumo de alcohol, el consumo de cocaína, el consumo de heroína y la frecuencia del consumo de otras drogas en las personas en situación de prostitución.

	Nunca		Ocasionalmente		Diariamente		Habitualmente		En exceso	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Frecuencia de consumo de alcohol	-	-	-	-	7	63,6	4	36,4	-	-
Frecuencia de consumo de cocaína	-	-	2	18,2	3	27,3	-	-	6	54,5
Frecuencia de consumo de heroína	3	27,3	3	27,3	2	18,2	2	18,2	1	9,1
Frecuencia de consumo de otras drogas	-	-	1	9,1	6	54,5	4	36,4	-	-

En la tabla podemos percibir que las profesionales consultadas mencionan que la frecuencia de consumo de alcohol es del 63,6% diariamente y del 36,4 % habitualmente. En cuanto a la frecuencia de consumo de cocaína las profesionales consultadas estiman que el 45,5% consume habitualmente frente al 27,3% de personas que consumen ocasionalmente y diariamente. Con respecto a la frecuencia de consumo de otras drogas las profesionales consultadas observan que el 54,5% de las personas en situación de prostitución consume diariamente tabaco, mientras que habitualmente un 36,4% tranquilizantes y un 9,1% consume cannabis.

Tabla n° 5.3.4. Opinión de las profesionales consultadas sobre las causas del consumo de drogas en las personas en situación de prostitución.

Causas del consumo de drogas		
	F	%
Necesita consumir	4	36,36
Cliente pide que consuma	9	81,82
Necesita ganar dinero	4	36,36
Sin consumo no capaz realizar servicios sexuales	10	90,91
Otras_razones	3	27,27

En esta tabla, percibimos que las profesionales consultadas consideran que el 90,91% de las causas para consumir drogas es que sin consumo no es capaz de realizar servicios sexuales, el 81,82% responde que el cliente pide que consuma, mientras que el 36,36% responde que necesita consumir y otras necesitan ganar dinero, mientras que el 27,27% tienen otras razones.

Tabla n° 5.3.5. Opinión de las profesionales consultadas de la información sobre las drogas y sus efectos y consecuencias de las personas en situación de prostitución.

Información sobre drogas y sus consecuencias		
	F	%
Sí información, no consecuencias	4	36,4
Ni suficiente información, ni consecuencias	4	36,4
Con frecuencia y/o suficiente información y sus consecuencias	3	27,3
Total	11	100

Según la tabla observamos que las profesionales consultadas exponen que el 36, 40% de las personas en situación de prostitución tiene información sobre las drogas, pero no sobre las consecuencias que están produciendo y otras detallan que no tienen suficiente información sobre las drogas ni de las consecuencias que tienen sobre ellas o de la interacción entre ellas por policonsumo mientras que el 27,3% tienen suficiente información y conocen las consecuencias.

5.4. ESTADO DE SALUD.

El apartado siguiente plantea los estados de salud de las personas en situación de prostitución donde indica la visita al médico de cabecera, la realización de reconocimientos médicos con el médico de cabecera u asociaciones o consultorios privados, los síntomas y las causas de los síntomas y las enfermedades que suelen aparecer.

Tabla nº 5.4.1. Opinión de las profesionales consultadas sobre la visita con frecuencia al médico de cabecera.

Visita con frecuencia al médico		
	F	%
Si	1	9,1
No	5	45,5
Ns/Nc	5	45,5
Total	11	100,0

Con respecto a la tabla anterior, las profesionales consultadas perciben que el 45,5% Ns/Nc o no visita al médico con regularidad, mientras que el 9,1% apunta que si. La respuesta de esta pregunta depende de cada persona y su situación.

Tabla nº 5.4.2. Opinión de las profesionales consultadas sobre la realización de reconocimientos médicos con el médico de cabecera u asociaciones o consultorios privados.

Reconocimiento médico		
	F	%
Si	6	54,5
No	4	36,4
Ns/Nc	1	9,1

En la tabla anterior, las profesionales consultadas estiman que el 54,5% si se realizan reconocimientos médicos, mientras que el 36,4% no lo hacen y tan sólo el 9,1% Ns/Nc.

Tabla n° 5.4.3. Opinión de las profesionales consultadas según los síntomas que suelen padecer con frecuencia las personas en situación de prostitución.

Síntomas que suelen padecer con frecuencia las personas en situación de prostitución		
	F	%
Agotamiento	11	100
Tensión	11	100
Estrés	11	100
Cansancio	11	100

En la tabla anteriormente citada, las profesionales consultadas muestran que los síntomas que suelen padecer con frecuencia las personas en situación de prostitución es de agotamiento, tensión, estrés y cansancio en un 100% puesto que estos síntomas se dan habitualmente en este colectivo.

Tabla n° 5.4.4. Opinión de las profesionales consultadas sobre si las personas en situación de prostitución padecen los síntomas citados anteriormente por las siguientes causas.

Causas de los síntomas		
	F	%
Situación personal	11	100
Temas económicos	9	81,82
Problemas familiares	9	81,82
Otros	1	9,09

Las profesionales consultadas estiman que las causas de los síntomas de las personas en situación de prostitución con un 100% es por su situación personal, el 81,82% por temas económicos y por problemas familiares, mientras que tan sólo el 9,09% de los síntomas es por otros motivos.

Tabla n° 5.4.5. Opinión de las profesionales consultadas según las enfermedades que suelen padecer con más frecuencia las personas en situación de prostitución.

Enfermedades que suelen padecer		
	F	%
Problemas ginecológicos	8	72,7
Problemas psicológicos	9	81,8
Problemas físicos	6	54,5

Según la tabla, las profesionales entrevistadas notan que las enfermedades que suelen padecer las personas en situación de prostitución son problemas ginecológicos relacionados con infecciones de transmisión sexual con un 72,7%, seguidos de los problemas psicológicos relacionados la ansiedad, cansancio, fatiga, autoestima, estrés y depresión con un 81,8%, mientras que problemas físicos son de espalda o debilidad física con un 54,5.

5.5. FACTORES DE RIESGO

Este apartado presenta los factores de riesgo asociados al lugar donde ejercen, a las horas semanales que dedican, los horarios, el tiempo medio de permanencia en la prostitución y los motivos que le dan para dejar la prostitución.

Tabla n° 5.5.1. Opinión de las profesionales consultadas según lugar donde ejercen las personas en situación de prostitución.

Dónde ejercen y en qué lugares ejercen mayoritariamente		
	F	%
Club	11	100
Pisos	11	100
Calle	5	45,45

En esta tabla percibimos las profesionales consultadas afirman que la prostitución la ejercen en los clubs y pisos mayoritariamente siendo la respuesta de un 100% de las entrevistadas, mientras que un 45,45% responde que en la calle es irrelevante y escasa.

Tabla n° 5.5.2. Opinión de las profesionales consultadas según las horas semanales que dedican a la prostitución.

Horas semanales que dedica a la prostitución		
	F	%
Menos 10 h	0	0
11-20	0	0
21-30	6	54,55
31-40	3	27,27
Más 40	2	18,18
Total	11	100

Como podemos observar, las profesionales entrevistadas mencionan que el 54,55% de las horas va de los intervalos de 21-30 horas, mientras que el 27,27% de 31-40 horas frente al 18,18% de más de 40 horas semanales.

Tabla n° 5.5.3. Opinión de las profesionales consultadas según los horarios para el ejercicio de la prostitución.

Horarios del ejercicio de la prostitución		
	F	%
Mañana	7	63,64
Tarde	7	63,64
Noche	8	72,73

En esta tabla se observa que las profesionales entrevistadas valoran que los horarios para el ejercicio de la prostitución dependen del lugar y las condiciones donde se ejerzan. El 72,73% responde que la ejercen por la noche, mientras que el 63,64% puede ser por la mañana, por la tarde.

Tabla nº 5.5.4. Opinión de las profesionales consultadas según el tiempo medio de permanencia en la prostitución.

Tiempo que lleva ejerciendo la prostitución		
	F	%
3-6 años	2	18,2
6-9 años	4	36,4
9-12 años	1	9,1
Ns/Nc	4	36,4
Total	11	100

Tal y como se aprecia en esta tabla, las profesionales consultadas estiman que el 36,4 % permanecen entre 6- 9 años y Ns/Nc, mientras que el 18,2 responde que los intervalos de 3-6 años son el tiempo de permanencia y tan sólo los intervalos entre 9-12 años afirma el 9,1%.

Tabla nº 5.5.5. Opinión de las profesionales consultadas según los motivos que le dan para dejar la prostitución.

Motivos para dejar la prostitución.		
	F	%
Motivos de salud	3	27,3
Situación laboral	4	36,4
Vínculos familiares (hijos, pareja, ect)	2	18,2
Empoderamiento económico	1	9,1
Inseguridad personal	1	9,1
Total	11	100,0

Según la tabla anterior, las profesionales entrevistadas creen que los motivos para dejar la prostitución es con un 36,4% por su situación laboral si consiguen obtener un empleo normalizado, el 27,3% por motivos de salud, mientras que el 18,2 % por vínculos familiares (hijos, pareja, etc) y tan sólo un 9,1% por empoderamiento económico (por cobrar una prestación, por alcance de proyecto vital) e inseguridad personal.

5.6. TRATAMIENTO

El siguiente apartado se detalla el tratamiento de las personas en situación de prostitución, en las cuales se mencionan sobre si han sido atendidas por servicios médicos o de urgencias, han iniciado un tratamiento ambulatorio para dejar o reducir el consumo de alguna droga y cuál fue la droga que motivó el tratamiento.

Tabla nº 5.6.1. Opinión de las profesionales consultadas sobre si han sido atendidas por servicios médicos de urgencias por las siguientes causas.

Causas	Si		No		Ns/Nc	
	F	%	F	%	F	%
Sobredosis o intoxicación por drogas ilegales, o por drogas combinadas con alcohol o medicamentos	3	27,3	5	45,45	3	27,27
Infecciones u otros problemas de salud relacionados con el consumo de drogas ilegales solas o combinadas con alcohol/ otros medicamentos	3	27,3	6	54,5	2	18,2
Borrachera o intoxicación por alcohol (sin combinar con drogas ilegales/ medicamentos).	1	9,1	9	81,8	1	9,1

En la tabla se detalla que las profesionales consultadas estiman que el 45,45% no tienen sobredosis o intoxicación por drogas ilegales y el 27,3% contesta que si lo han tenido al igual que 27,27 % de las profesionales dice que Ns/Nc. Con respecto a las infecciones u otros problemas de salud relacionados con el consumo de drogas ilegales tan sólo el 27,3% si las tenido, frente al 54,5% que no han tenido ninguna infección. En cuanto a la borrachera o intoxicación por alcohol también el 81,8% responde que no frente al 9,1 que si y que Ns/Nc.

Tabla n° 5.6.2. Opinión de las profesionales consultadas sobre si las personas en situación de prostitución han iniciado un tratamiento ambulatorio para dejar o reducir el consumo de alguna droga.

Tratamiento ambulatorio.				
	Sí, alguna vez		Nunca	
	F	%	F	%
Inicio tratamiento (consumo de alcohol u otra droga) o de mantenimiento con metadona.	9	81,2	2	18,2

Con respecto al inicio de tratamientos de deshabitación o un tratamiento de mantenimiento con metadona el 91,9% responde que alguna vez lo han iniciado las personas en situación de prostitución frente al 18,2% de que no lo han iniciado nunca.

Tabla n° 5.6.3. Opinión de las profesionales consultadas sobre cuál fue la droga que motivó el tratamiento en las personas en situación de prostitución.

Droga de la que inició tratamiento		
	F	%
Tabaco	0	0
Alcohol	8	72,73
Heroína	5	45,45
Cocaína	9	81,82
Heroína +cocaína	1	9,09
Cannabis	4	36,36
Anfetaminas o éxtasis	0	0
Tranquilizantes, sedantes somníferos	0	0
Otra droga	2	18,18
No han iniciado tratamiento de ese tipo	2	18,18
Nunca han iniciado un tratamiento de ese tipo	4	36,36

Tal y como se observa en la tabla anterior, las profesionales entrevistadas señalan que el 81,82% han iniciado alguna vez un tratamiento por consumo de cocaína, frente al 72,73% por alcohol, un 45,45% por heroína, mientras que el 36,36% por cannabis, también el mismo

porcentaje nunca han iniciado un tratamiento de ese tipo. Con respecto al tabaco, a las anfetaminas o éxtasis y tranquilizantes, sedantes o somníferos nunca han iniciado tratamiento por este tipo de drogas, mientras que por otro tipo de droga el 18,18% si lo han iniciado.

Tabla n° 5.6.4. Opinión de las profesionales consultadas sobre una serie de ítems relacionados con las personas en situación de prostitución y el consumo de drogas.

		Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	La mayoría de las mujeres que ejercen la prostitución consumen drogas.	3	27,3	6	54,5	1	9,01	1	9,01	-	-
2	Las causas del consumo están asociadas a aguantar el trabajo, conseguir más clientes y razones vinculadas a la desconexión (relajarse,dormir,calmar los nervios).	-	-	-	-	1	9,01	2	18,2	8	72,7
3	La mayoría de las mujeres drogodependientes que ejercen en la calle lo hacen para pagar su propio consumo de drogas.	-	-	6	54,5	1	9,01	3	27,3	1	9,01
4	La cocaína es la droga que más consumen las mujeres en situación de prostitución.	-	-	1	9,01	5	45,4	5	45,4	-	-
5	Las mujeres consumen benzodiacepinas por razones vinculadas a la desconexión (relajarse, dormir, calmar los nervios).	-	-	-	-	4	36,4	7	63,6	-	-
6	La mayoría de las mujeres consumen drogas porque el cliente o el responsable del club les incita al consumo.	-	-	-	-	1	9,01	10	90,9	-	-
7	El alcohol, el tabaco, el cannabis y la cocaína son las drogas que la mayoría de las mujeres consumen.	-	-	1	9,01	-	-	6	54,5	4	36,4
8	El acontecimiento de sucesos vitales traumáticos, los malos tratos y la violencia sexual es un factor de riesgo en relación con la dependencia a las drogas.	-	-	-	-	-	-	4	36,4	7	63,6

9	En general, las mujeres que presentan dependencia a las drogas han tenido o tienen parejas dependientes.	-	-	-	-	4	36,4	6	63,6	-	-
10	Las mujeres presentan una mayor percepción de riesgo con relación al consumo de drogas.	6	54,5	1	9,01	2	18,1	2	18,1	-	-
11	Un mayor nivel de instrucción y formación es un factor de protección frente a la dependencia a las drogas.	-	-	1	9,07	-	-	7	63,6	3	27,2
12	La ausencia de información sobre las consecuencias del consumo de drogas es un factor de riesgo en relación a la dependencia.	-	-	-	-	1	9,07	8	72,7	2	18,1
13	El abuso de sustancias de la pareja es un factor de riesgo relacionado con la adicción a las drogas.	-	-	-	-	-	-	9	81,8	2	18,1
14	Las actitudes favorables del grupo de iguales hacia el consumo es un factor de riesgo relacionado con la adicción a las drogas.	-	-	-	-	-	-	9	81,8	2	18,1
15	La alta disponibilidad de las drogas es un factor de riesgo frente al consumo.	-	-	4	36,4	3	27,3	3	27,3	1	9,07

Como se percibe en la tabla, las profesionales consultadas mencionan que a la pregunta de si la mayoría de las mujeres ejercen la prostitución consumen drogas el 54,5 % está en desacuerdo, mientras que el 27,3% está totalmente de acuerdo y tan sólo el 9,01 ni está de acuerdo ni en desacuerdo o está de acuerdo.

Luego el 72,7% está totalmente de acuerdo en que las causas del consumo están asociadas a aguantar el trabajo, conseguir más clientes y razones vinculadas a la desconexión mientras que el 18,18% está de acuerdo.

El 54,5 % está en desacuerdo a la afirmación de que las mujeres drogodependientes que ejercen en la calle lo hacen para pagar su consumo, mientras que el 27,3% está de acuerdo y tan sólo el 9,09% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo o está totalmente de acuerdo.

Con respecto a la afirmación de si la cocaína es la droga que más consumen las mujeres en situación de prostitución el 45,45% de las profesionales entrevistadas están de acuerdo y no están de acuerdo ni en desacuerdo, mientras que el 9,09 % está en desacuerdo.

A la pregunta sobre si las mujeres consumen benzodicepinas para tener una desconexión del trabajo, el 63,6% está de acuerdo mientras que 36,4% ni está de acuerdo ni en desacuerdo.

Con relación a la pregunta la mayoría de las mujeres consumen porque el cliente o el responsable del club les incita al consumo el 90,9% de las profesionales entrevistadas está de acuerdo frente a un 9,1% que no está de acuerdo ni en desacuerdo.

El 54,5% está de acuerdo en que el alcohol, el tabaco, el cannabis y la cocaína son las drogas que la mayoría de las mujeres consumen, mientras que el 36,4% está totalmente de acuerdo y un 9,1% está en desacuerdo.

El 63,6% está totalmente de acuerdo en que los sucesos vitales traumáticos, los malos tratos y la violencia sexual son factores de riesgo frente al 36,4% que no está de acuerdo ni en desacuerdo.

Por consiguiente, el 54,5% está totalmente de acuerdo de que las mujeres presentan una mayor percepción de riesgo con relación al consumo de drogas, frente al 18,2% que está de acuerdo y ni está en acuerdo ni en desacuerdo y tan sólo el 9,1% está en desacuerdo.

El 63,6% de las profesionales entrevistadas están de acuerdo en que un mayor nivel de instrucción y formación es un factor protección frente a la dependencia a las drogas mientras que 27,3% está totalmente de acuerdo y tan sólo un 9,1% está en desacuerdo.

A la pregunta de la ausencia de información sobre las consecuencias del consumo de drogas es un factor de riesgo en relación a la dependencia, el 72,7% está de acuerdo, frente al 18,2% que está totalmente de acuerdo y tan sólo el 9,1% no está de acuerdo ni en desacuerdo.

El 81,2% está de acuerdo en que el abuso de sustancias de la pareja es un factor de riesgo relacionado con la adicción a las drogas frente a un 18,2% que está totalmente de acuerdo.

Al igual que en la pregunta anterior el 81,2% está de acuerdo de que las actitudes favorables del grupo de iguales hacia el consumo es un factor de riesgo relacionado con la adicción a las drogas, mientras que el 18,2% está totalmente de acuerdo.

Por tanto decimos que, el 36,4% está en desacuerdo de que la alta disponibilidad de las drogas es un factor de riesgo frente al consumo, frente al 27,3% que está de acuerdo y ni está de acuerdo ni en desacuerdo y tan sólo un 9,1% de las profesionales entrevistadas está totalmente en desacuerdo.

Por último en el cuestionario añadimos una pregunta sobre si desea añadir la profesional otras observaciones de su práctica profesional con este colectivo, dos de las profesionales contestan que:

El colectivo de personas en situación de prostitución tiene una realidad compleja que tenemos que entender los factores personales que depende de la historia vital de cada una, de la forma en la que llegó a la prostitución y de todas las razones personales, sociales, económicas, etc.

La profesional apunta que tanto dentro de las organizaciones como transversalmente los profesionales que trabajan con personas en situación de prostitución deberían de existir proyectos o recursos que tratarán directamente o indirectamente a las personas que tienen algún tipo de consumo de drogas, así como a las personas que están sometidas a la violencia de género en este colectivo.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo como propósito conocer la opinión de los profesionales de las distintas Organizaciones No Gubernamentales sobre el perfil y los hábitos de consumo en las personas en situación de prostitución.

Como podemos observar en los resultados de ésta investigación percibimos que el 100% de las profesionales entrevistadas son mujeres, es por ello, que deducimos que la intervención profesional mayoritariamente la realizan profesionales del género femenino, aunque algunos hombres colaboran en la formación e intervención profesional psicosocial y médica.

Además, observamos que el 90,9 % de las profesionales tienen edades comprendidas entre los 30 y los 50 años respectivamente. Se aprecia que existe un equipo multidisciplinar en el que el 54,54% son Diplomadas en Trabajo Social mientras que 45,46% corresponde a otras disciplinas psicosociales.

Por otro lado, el 72,72% de las profesionales lleva entre 1 y 6 años de experiencia con este colectivo, mientras que tan sólo el 18,18% de las profesionales tienen más de 15 años de experiencia y tan sólo el 9,09% lleva menos de un año trabajando con este colectivo.

Con respecto a la formación de las profesionales se observa que tienen formación en género, en prostitución y trata y tienen escasa formación específica en drogodependencias debido a que las profesionales de las organizaciones no gubernamentales no tienen ningún recurso en Tenerife o proyecto específico que se encargue del diagnóstico, intervención y formación de este ámbito en concreto, pero por otro lado, si informan, asesoran y derivan si es necesario, a recursos especializados para el tratamiento de dicho consumo.

En relación a los datos sociodemográficos, podemos observar que el perfil de las personas que están en situación de prostitución son mayoritariamente mujeres y transexuales. Es por ello, que nos referimos a la teoría anteriormente explicada, y afirmamos que es una cuestión de género debido a las relaciones históricas y sociales entre hombres y mujeres, a la desigualdad estructural sistemática en el patriarcado, a los estereotipos, roles y prejuicios que tienen establecidos los hombres y las mujeres, Por tanto, citamos que la prostitución es un fenómeno de las relaciones de género, que es irascible de permutar en el tiempo y en el espacio, por tanto, es mutable e ilimitado.

La edad de las usuarias en nuestro estudio se corresponde con el 100% de entre 26 y 35 años, como menciona Fundación Cruz Blanca y Fundación Atenea (2016) en su propio artículo. Cabe destacar que la mayoría de las personas en situación de prostitución tan sólo

tienen estudios primarios o carecen de ellos, aunque no sé puede generalizar puesto que es un perfil muy variado y diverso.

En cuanto al estado civil contemplamos que suelen ser soltera/o, separado/a o divorciado/a generalmente aunque también hay un 45,45% tienen pareja estable.

Las personas en situación de prostitución suelen ser de Latinoamérica, de África Subhariana, Españolas y de Europa del Este. Como mencionamos en el trabajo hay diferentes modelos de ejercicio de la prostitución que son los Clubs, la calle y los pisos o locales.

Percibimos que hay una clara relación entre la dificultad de las mujeres de acceder a los servicios sanitarios, que carecen de documentación y se ven sometidas a exigencias administrativas, por tanto, podemos decir que el 63,64% depende de su situación administrativa en el país de acogida por la nacionalidad, el permiso de residencia, de los contratos laborales o de matrimonio o acogidas en el país por asilo político.

Según se percibe en el estudio, que las causas por la que se inician en la prostitución son por estar en situación irregular, por obligaciones y cargas familiares, por dinero, por no encontrar trabajo con ingresos similares, mientras que por costear el consumo de drogas tan sólo el 27,27%, puesto que son organizaciones no gubernamentales que no tienen proyectos especializados en drogodependencias y en este colectivo el consumo se invisibiliza, ya que el consumo suele ser un consumo consecuente producido por el ejercicio de la prostitución, además de funcional o instrumental en los entornos menos visibles de la prostitución.

Como mencionamos en el trabajo, las personas en situación de prostitución consumen drogas, aunque no podemos generalizar en que todo el colectivo es consumidor de sustancias.

En el caso de que consuman hay dos tipos de consumo, uno es antecedente puesto que las personas consumidoras ejercen la prostitución para pagar el consumo y el otro es consecuente, siendo el ejercicio de la prostitución el desencadenante para el consumo de sustancias, bien por explotación sexual, vejaciones, estigmatización, violencia o consumo inducido por redes de tratas, club de alternos o por negociar con el cliente para mayores ingresos económicos.

Según la Fundación Cruz Blanca y Fundación Atenea (2016), las sustancias que mayoritariamente consumen las personas en situación de prostitución son el alcohol, la cocaína, el cannabis y los tranquilizantes y según los resultados de nuestra investigación señalan que son el alcohol y la cocaína en polvo, el cannabis, el tabaco y los tranquilizantes, mientras que los somníferos se consumen menos, al igual que la heroína.

Analizamos que la frecuencia del consumo de drogas corresponde al 63,6% diariamente y a un 36,4% habitualmente al igual que la frecuencia del consumo de cocaína es del 45,45% que consumen habitualmente, por lo que se alude a que muchas de las personas

en situación de prostitución tienen un consumo consecuente derivado del consumo con el cliente en los club y los pisos donde desarrollan el ejercicio de la prostitución.

Observamos que el 90,91% de las causas para consumir drogas es que sin consumo no es capaz de realizar servicio sexual, el 81,82% responde que el cliente pide que consuma, mientras que el 36,36% responde que necesita consumir y otras necesitan ganar dinero, mientras que el 27,27% tienen otras razones, es por ello, que las personas en situación de prostitución tienen un consumo consecuente derivado del propio ejercicio de la prostitución, en lo que percibimos que muchas personas presentan una adicción por ello, esto fomenta el incremento del control sobre ellas por parte de cadenas de explotación y proxenetas.

Las personas en situación de prostitución no tienen suficiente información sobre las drogas, ni de las consecuencias que tienen sobre ellas o de la interacción entre ellas por policonsumo, es por ello, que se necesitan recursos especializados o profesionales formados en dicho ámbito para formar, informar, asesorar y atender a este colectivo generalizadamente.

Las personas en situación de prostitución visitan al médico depende de la persona y su situación tanto puede ser por su situación administrativa y regular, como por ser consecuente de su mejora en la calidad de vida o por su situación educativa y social.

El 54,5% realizan reconocimientos médicos ya sea a través del sistema nacional de salud, por medio de las organizaciones no gubernamentales, por ellas mismas privadamente o por medio de los propietarios de los clubs y locales de alterne.

Las personas en situación de prostitución padecen agotamiento, tensión, estrés, cansancio, por situaciones personales, temas económicos o por problemas familiares fundamentalmente, es por eso, que los profesionales tienen que realizar una intervención psicosocial que muchas veces, es escasa ya que no existen suficientes recursos económicos, técnicos y materiales para ayudar en la calidad de vida de este colectivo ya que de por sí se percibe una desigualdad estructural.

Por otro lado, es relevante señalar que las personas en situación de prostitución suelen tener enfermedades como infecciones de transmisión sexual, problemas de ansiedad, cansancio y fatiga, además de ginecológicos, por depresión, debilidad física, problemas de espalda, autoestima y estrés.

Por consiguiente, las personas en situación de prostitución ejercen mayoritariamente por pobreza estructural derivada de falta de oportunidades por medios económicos, educativos, sociales, de igualdad y equidad de los recursos por los que muchas personas no pueden acceder a tener un empleo normalizado, además de una situación administrativa regular, por lo que conlleva escasa asistencia sanitaria, social y laboral. También por cargas familiares directas o indirectas que puede ser sacar adelante a hijos/as solas, por familiares

ascendientes o cónyuges o por enviar remesas a sus familias en el país de origen, por ausencia de redes de apoyo, por redes de trata, por desigualdad de género, por procesos migratorios frustrados, por contextos de exclusión repetidos entre otros.

Las personas en situación de prostitución suelen ejercer entre 6 y 12 años respectivamente, aunque todo depende de la persona y sus circunstancias. Mayoritariamente los motivos por los que dejan de ejercer la prostitución es por encontrar un trabajo normalizado, por salud y por vínculos familiares como pueden ser los hijos/as, pareja, además de por empoderamiento económico e inseguridad personal.

Las causas por las que las personas que han iniciado un tratamiento han sido por sobredosis o intoxicación por drogas ilegales, o por drogas combinadas con alcohol o medicamentos además de por infecciones u otros problemas de salud relacionados con el consumo de drogas ilegales solas o combinadas con alcohol/ otros medicamentos y el tipo de drogas que motivaron el tratamiento ambulatorio ha sido el alcohol, la cocaína, el cannabis y la heroína.

Por lo que podemos percibir el 72,7% está totalmente de acuerdo en que las causas del consumo están asociadas a aguantar el trabajo, la mayoría de las mujeres consumen porque el cliente o el responsable del club les incita al consumo el 90,9% de las profesionales entrevistadas está de acuerdo frente a un 9,1% que no está de acuerdo ni en desacuerdo, están de acuerdo en que un mayor nivel de instrucción y formación es un factor de protección frente a la dependencia a las drogas, por ende, la ausencia de información sobre las consecuencias del consumo de drogas es un factor de riesgo en relación a la dependencia.

Las actitudes favorables del grupo de iguales es un factor de riesgo relacionado con la adicción a las drogas y la alta disponibilidad a las drogas es un factor de riesgo frente al consumo.

Tal y como mencionamos en los resultados es relevante destacar y repetir que dos de las profesionales que participan en la investigación apuntan que, por un lado, el colectivo de personas en situación de prostitución tiene una realidad compleja que tenemos que entender, depende de los factores personales y de la historia de vida de cada una, así como la forma en la que llega a la prostitución y de todas las razones personales, sociales y económicas y por otro lado, otra profesional apunta que tanto dentro de las organizaciones como transversalmente los profesionales que trabajan con personas en situación de prostitución deberían de existir proyectos o recursos que tratarán directamente o indirectamente a las personas que tienen algún tipo de consumo de drogas, así como a las personas que están sometidas a la violencia de género en este colectivo.

En conclusión, la prostitución es ejercida mayoritariamente por el género femenino. Es una cuestión de género y existe una desigualdad estructural patente en el que se margina, estereotipa y recrimina a las personas que están en situación de prostitución, constituyen un círculo vicioso que es difícil de erradicar puesto que existen factores económicos, políticos y culturales que evitan llevarlo a cabo, ya que existen diferentes, diversos y abundantes niveles económicos que promueven la prostitución así como el consumo de drogas.

Se nota que las personas que están en situación de prostitución tienen una doble estigmatización: por la propia prostitución y por la adicción a las drogas que muchas de ellas adquieren por la realización este tipo de ejercicio. Presentan dependencia física, psicológica y social tanto a las drogas, como al propio ejercicio de la prostitución ya que pueden entrar en un círculo a causa de la situación laboral, económica, administrativa, social, por redes de trata y explotación sexual.

Este colectivo tiene una cultura sexista derivado de la desigualdad patriarcal en la cual se comunica que no tiene nada que ver con la desigualdad estructural sino que pertenece a un asunto personal.

Desde el punto de vista social, hay que intentar de abrir otros caminos y otras posibilidades de desarrollo económico y desde el punto de vista higiénico-sanitarias, desarrollando el campo de la prevención: embarazos, drogadicción, enfermedades venéreas, ... que mejoren las condiciones de trabajo de estas mujeres, y por consiguiente, los entes públicos y privados desarrollen partidas presupuestarias implementando recursos especializados y proyectos que traten de paliar los efectos del consumo de drogas en este colectivo así como la posible violencia de género que manifiestan por diferentes formas de violencia, marginación y exclusión social en un Estado de Derecho social y democrático que guie que instruya a los ciudadanos, facilitando las interacciones humanas, permitiendo la prevención y solución efectiva ,eficiente y pacífica siendo capaz de promover un desarrollo sostenible en el que se promueva la dignidad humana, y la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

En consecuencia la Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas de 1948, señala que todos los seres humanos tienen derechos iguales e inalienables. Es por ello, que el enfoque basado en los derechos humanos se centra en los grupos de población que son objeto de una mayor marginación, exclusión y discriminación. Este enfoque a menudo requiere un análisis de las normas de género, de las diferentes formas de discriminación y de los desequilibrios de poder a fin de garantizar que las intervenciones lleguen a los segmentos más marginados de la población en el que las

personas son consideradas agentes principales de su propio desarrollo, reducir las desigualdades y empoderar.

Un enfoque basado en los derechos humanos también busca reforzar las capacidades de los garantes de derechos de respetar, proteger y garantizar estos derechos. El objetivo de este enfoque es abordar las complejidades del desarrollo desde una perspectiva holística, teniendo en cuenta las conexiones entre las personas y los sistemas de poder o influencia.

Habría que destacar aquí una doble necesidad: por un lado, las personas y las comunidades requieren que se les informe acerca de sus derechos y se les permita participar en aquellas decisiones que las afectan; y, por otro, los gobiernos y otros garantes de derechos a menudo requieren asistencia para desarrollar la capacidad, los recursos y la voluntad política necesarios para poder cumplir sus compromisos respecto a los derechos humanos.

Un enfoque basado en los derechos, por un lado, desarrolla la capacidad de los garantes de derechos para cumplir con sus obligaciones; por otro, alienta a los titulares de derechos a reivindicarlos. Los gobiernos tienen tres niveles de obligación: respetar, proteger y hacer cumplir cada derecho. Respetar un derecho significa abstenerse de interferir en el disfrute de ese derecho. Proteger un derecho significa evitar que otras partes interfieran en el disfrute de ese derecho. Hacer cumplir un derecho significa adoptar medidas activas para poner en práctica leyes, políticas y procedimientos, incluida la asignación de recursos, que permitan a las personas disfrutar de sus derechos.

Es por ello, que desde el Trabajo Social se debe fomentar y empoderar a los titulares de Derecho donde los titulares de obligaciones y los entes públicos poseen la capacidad para legitimar y promover el desarrollo de recursos o proyectos especializados que contribuyan a la calidad de vida de las personas para paliar la desigualdad estructural que se produce, así como la autonomía, igualdad, seguridad y bienestar social ligado al desarrollo integral de la persona, sustentándose en los Derechos Humanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) (2005). *Libro Blanco Título de Trabajo Social*. Recuperado de: http://www.aneca.es/var/media/150376/libroblanco_trbjsocial_def.pdf
- Amador, L.V. y Gimeno, M. (Coords.) (2010). *Intervención social y género*. Madrid: Narcea.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Arribas, F. (2012). *Consumo y prácticas sociales “ocultas”*: La prostitución. Revista Nómadas.
- Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención a la Mujer Prostituida (APRAMP) (2005). *La prostitución claves básicas para reflexionar sobre un problema* [versión electrónica]. Recuperado de :http://www.mujiereisenred.net/IMG/pdf/prostitucion-claves_basicas.pdf
- Asociación Askabide. (2006). *Violencia de Género y prostitución*. Bizkaia, España: Ediciones Mensajero.
- Asociación de Ayuda al Drogodependiente(ACLAD) (2014). *Estudio sobre la prostitución en Valladolid*. Manuscrito no publicado.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio de Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas: Madrid.
- Berostegieta, M. y Martín, J. (1990). *La prostitución: una aproximación descriptiva*. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria. Revista de servicios sociales. (11), p.78-85.
- Cabrerizo, M.J. (2015). *Situación Sociosanitaria de Mujeres que ejercen la prostitución en Almería*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Facultad de Medicina, Andalucía. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10481/40940>
- Caguero, S. y Lagrange, H. (2005). *El consumo de drogas en el medio de la prostitución femenina*. Centro de Información y Documentación de Drogodependencias del País Vasco. (114), p.5.
- Church, S.; Henderson, M.; Barnard, M. y Hart, G. (2001). Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *British Medical Journal* marzo, 3.

- Dalla, R. (2002). Night moves: A qualitative investigation of street-level sex work. *Psychology of Women Quarterly* 26, 63-73.
- Estudios y Cooperación para el Desarrollo (ESCODE) (2006). *Impacto de una posible normalización profesional de la prostitución en la viabilidad y sostenibilidad futura del sistema de pensiones de protección social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de: <http://www.segsocial.es/prdi00/groups/public/documents/binario/51873.pdf>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales. (FITS) (2014): *Definición de Trabajo Social*. Cánada: Asamblea General de Montreal. Recuperado de : <http://www.ifsw.org>
- Fundación Atenea (2012). *Pautas y modelos de consumo abusivo de drogas en mujeres que ejercen la prostitución*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Fundación Cruz Blanca y Fundación Atenea (2016). *Guía Metodológica sobre prevención, reducción de daños, detección, derivación y acompañamiento de situaciones de consumos problemáticos en contextos de prostitución*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- García, M.P. y Martínez, P. (2012). *Guía Práctica para la realización de Trabajos Fin de Grado y Fin de Máster*. España: Universidad de Murcia.
- Gimeno, B. (2012). *La prostitución. Aportaciones para un debate abierto*. Barcelona, España: Bellaterra.
- Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. (2010). *III Plan Canario sobre Drogodependencias*. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3d774d7b-460b-11e3-a0f5-65699e4ff786/III%20Plan%20_Canario%20_sobre_%20Drogodependencias.pdf
- Goldstein P.J. (1979). *Prostitution and Drugs*. D.C. Heath and Company. Massachusetts, Toronto. Lexington Books.
- Harcourt, C. y Donovan, B. (2005). The many faces of work. *Sex Transm Infect.* 81.p.201-206. doi: 10.1136/sti.2004.012468
- Herrera, J. M. (2008). *Investigación cuantitativa*. Recuperado de: <http://juanherrera.files.wordpress.com/2008/11/investigacioncuantitativa.pdf>
- Información y Prevención sobre Drogas. (Infodrogas, 2017). Recuperado de : <http://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=&start=3>

- Instituto Canario de Estadística.(ISTAC). Recuperado de : http://www.gobiernodecanarias.org/istac/temas_estadisticos/temas.html
- Instituto de la Mujer. (2007). *El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general y a escolares*. Madrid: Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Juliano, D. (2004). *Excluidas y marginales. Una aproximación antropológica*. Madrid: Cátedra.
- La Espada, T.; Iraurgi, I. y Aróstegui, E. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias.
- Luengo, M.A.; Romero T.; E., Gómez, J.A.; García, A. y Lence , M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela. Análisis y evaluación de un programa*. Santiago: Universidad de Santiago de Compostela.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (1985). *Plan Nacional sobre drogas*.Recuperadode:http://www.pnsd.msssi.gob.es/ca/noticiasEventos/dossier/pdf/160219_PLAN_NACIONAL_SOBRE_DROGAS.pdf
- Médicos del Mundo.(2014). Proyecto Marco de Prostitución.
- Médicos del Mundo (2005). Recuperado de: <http://blogs.lavozdegalicia.es/nomepidancalma/files/2012/02/Posicionamiento-en-prostitucion-M%C3%A9dicos-del-Mundo.pdf>
- Meneses, C. (2005). *Usos de drogas en los contextos de prostitución*. Informe de investigación. APRAMP. V Plan Nacional Sobre Drogas (informe no publicado).
- Meneses, C. (2007). Consecuencias del uso de cocaína en las personas que ejercen la prostitución. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 21, (n. 03); p. 191-196.
- Meneses, C. (2010). Uso y abusos de drogas en contextos de prostitución. *Revista Española de Drogodependencias*. Vol.35. n.3; p.329-344.
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (1994).*Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Recuperado de: <https://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/terminosAlcohol2.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe 2016. *Alcohol, Tabaco y drogas ilegales en España*. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_Informe_Resumen_ejecutivo.pdf

- Moreno, M.P. (1997). La prostitución marginal: Vida y sexualidad. En Ortiz, M.(Comp.) *La sexualidad femenina. Reflexiones y experiencias*. Madrid: Aljibe.
- Observatorio Español de la Droga y Toxicomanías.(2016). Informe 2016. *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de:http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2006). *Informe Europeo sobre Drogas*. Recuperado de: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001ESN.pdf>
- Lorenzo, P.; Ladero, J. ; Leza , C. y Lizasoain, I. (2009). *Conceptos fundamentales en drogodependencias*. Madrid: Panamericana.
- Palacios, D. y Ramón, E. (2001). *Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Ministerio de Interior. Recuperado de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/femp.pdf>
- Palop, M. (2000). Mujeres y drogas. *Papeles del psicólogo*. nº 75. p. 53-55.
- Perelló, S. (2009). *Metodología de la investigación social*.Madrid: Editorial Dykinson.
- Pérez , F., Lara F. y González, M. (2010). Abuso sexual, prostitución y dependencia afectiva en drogodependientes. *Revista Española de Drogodependencias*, Vol. 35, (n. 03); p. 365-378.
- Plan Nacional sobre Drogas.(2015). Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/noticiasEventos/dossier/pdf/160219_PLAN_NACIONAL_SOBRE_DROGAS.pdf
- Plan Nacional sobre Drogas. (2013). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España* (2013). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2013.pdf>
- Posicionamiento ante la prostitución de Médicos del Mundo (2005). Recuperado de: <http://blogs.lavozdegalicia.es/nomepidancalma/files/2012/02/Posicionamiento-en-prostitucion-M%C3%A9dicos-del-Mundo.pdf>
- Real Academia Española (2017). Recuperado de: www.rae.es

- Rodríguez, E., Gutiérrez , R. y Vega, L. (2003). *Consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución: la zona de La Merced* / Salud mental, ISSN 0185-3325, Vol. 26, (Nº. 5), págs. 73-81.
- Smith, F.M. y Marshall, L.A. (2007). Barriers to effective drug addiction treatment for women involved in street-level prostitution: a qualitative investigation. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17: 163–170.
- Urbez, L. (1989), Prostitución femenina en España, *Revista de Fomento Social*, nº 176 (octubre-diciembre), pp. 443-455.
- Weitzer, D. (2005a). New directions in research on prostitution. *Crime, Law&Change* 43, p.211-235.

ANEXO

CUESTIONARIO A LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON EL COLECTIVO DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN.

Estimado/a profesional, mi nombre es Estefanía López Barrios, estoy realizando mi trabajo de fin de grado sobre el consumo de las drogas en las personas en situación de prostitución y para ello necesito vuestra colaboración.

Muchas gracias.

IDENTIFICACIÓN

1. Sexo:

1	Hombre	
2	Mujer	
3	NS/NC	

 2. Edad: _____ 3. Profesión: _____

4. Número de años que ha trabajado con mujeres en situación de prostitución: _____

5. ¿ Tiene formación en género y drogodependencias? _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

6. ¿Cuál es el perfil de las personas en situación de prostitución?

1	Mujeres	
2	Hombres	
3	Transexuales	
4	NS/NC	

7. ¿Cuál es la edad que tienen?

1 Menor de 18 años 2 De 18 a 25 años 3 De 26 a 35 años 4 De 36 o más
5 NS/NC

8. Desde su práctica profesional del día a día, podría decirme: ¿ Qué nivel de estudios tienen las personas que asisten a vuestro recurso?

1	Sin estudios primarios o cursos primarios incompletos	
2	Estudios primarios completos: 6º EGB aprobado, Certificado de Escolaridad, 6 años o cursos de primaria aprobados.	
3	Estudios secundarios 1ª etapa: 8º EGB aprobado, Graduado Escolar, Bachillerato Elemental, Formación Profesional de 1º Grado o Ciclos Formativos de Grado Medio aprobados, ESO aprobada, 4 años o cursos de secundaria aprobados	
4	Estudios secundarios 2ª Etapa: BUP, Bachillerato Superior, Bachillerato LOGSE, COU, Formación Profesional 2º Grado o Ciclos Formativos, de Grado Superior, 5 o más años o cursos de secundaria aprobados.	
5	Estudios universitarios medios (diplomatura, magisterio, arquitectura o ingeniería técnica).	
6	Estudios universitarios superiores (licenciatura, arquitectura o ingeniería superior, doctorado)	
7	NS/NC	

9. Estado Civil:

1	Soltera/o	
2	Pareja estable	
3	Casada/o o en pareja de hecho	
4	Separada/o o divorciada/o	
5	Viuda/o	

PROCESO MIGRATORIO

10. Podría decirme, ¿ De qué países son las personas que están en situación de prostitución, y en su mayoría, qué tipo de nacionalidad tienen las personas que realizan la prostitución en la calle, en los pisos y en los clubs?

11. En caso de ser inmigrante o extranjera, sabe usted, ¿ cuál fue la forma de costear el viaje a España?

1	Propios ingresos	
2	Préstamo	
3	Deuda	
4	Otros medios	

12. ¿Cuál es la situación legal de las personas en situación de prostitución?

13. ¿Cuál cree usted que es la profesión que esperaban desarrollar al llegar a España?

14. ¿Cuáles cree usted que son las causas por las que comenzaron a ejercer la prostitución?

1	Por dinero	
2	Por no encontrar otro trabajo con ingresos similares	
3	Por obligación	
4	Por cargas familiares	
5	Para costear el consumo de drogas	
6	Por no tener papeles y no poder trabajar	
7	Otras	

15. Las personas que están en situación de prostitución, ¿compaginan la prostitución, con otro tipo de trabajo?

1. SI 2. NO ¿Cuál? _____

ESTILOS DE VIDA

16. Usted, como profesional, podría decirme, ¿si las personas en situación de prostitución consumen drogas?

1 NO 2 SI

17. En caso de que consuman, ¿qué tipo de drogas cree usted que consumen, mayoritariamente?

1	ALCOHOL(Vino, Champán, Cava, Cerveza, Sidra, vermú, jerez, combinados, cubatas, licores de frutas, coñac, brandy, ginebra, ron, whisky, tequila, carajillo)	
2	TABACO	
3	TRANQUILIZANTES/SEDANTES(Medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad).	
4	SOMNÍFEROS(Medicamentos para dormir).	
5	CANNABIS O MARIHUANA(hachís, chocolate, porro, costo, hierba)	
6	COCAÍNA EN POLVO(Cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína)	
7	COCAÍNA EN FORMA DE BASE(Base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack,roca)	
8	ÉXTASIS(Pastil, pirulas, cristal)	
9	HEROÍNA(Caballo, jaco)	
10	ALUCINÓGENOS (LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina,ketolar, imalgene)	
11	INHALANTES VOLÁTILES (cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos)	

18. De las drogas que se mencionan, puede concretar, ¿con qué frecuencia consumen dichas sustancias?

ALCOHOL (Marca con una X la correcta).

1	¿Con qué frecuencia consumen bebidas alcohólicas?	NUNCA	DIARIAMENTE	HABITUALMENTE	OCASIONALMENTE	EN EXCESO

COCAÍNA

1	¿ Con qué frecuencia consume cocaína?	Nunca	Diario	Semanal	Ocasional	En exceso

HEROÍNA

1	¿Con qué frecuencia consumen heroína?	Nunca	Diario	Semanal	Ocasional	En exceso

OTRAS DROGAS

1	¿ Con qué frecuencia consumen? Especificar:	Nunca	Diario	Semanal	Ocasional	En exceso

19. ¿ Cuáles cree usted que son las causas del consumo de drogas en las personas en situación de prostitución?

1	Porque necesita consumir	
2	Porque el cliente le pide que consuma	
3	Porque necesita ganar más dinero por causas familiares y económicas	
4	Porque si no usa alguna droga no es capaz de realizar los servicios sexuales	
5	Otras razones (Especificar):	
6	NS/ NC	

20. ¿ Usted cree que tienen información sobre las drogas y sus efectos o consecuencias?

ESTADO DE SALUD

21. ¿ Cree usted que visitan con frecuencia a su médico de cabecera? 1 SI 2 NO 3 NS/ NC

22. ¿ Cree usted que realizan reconocimientos médicos al año con su médico de cabecera u asociaciones o consultorios privados?

1	SI	
2	NO	
3	NS/NC	

23. ¿ Cree usted que suelen padecer con frecuencia?

		SI	NO	NS/NC
1	Agotamiento			
2	Tensión			
3	Estrés			
4	Cansancio			

24. ¿ En caso de padecer estos síntomas ,¿ a qué cree que es debido?

		SI	NO	NS/NC
1	Por tu situación personal			
2	Por temas económicos			
3	Por problemas familiares			
4	U otros			

25. ¿ Cuáles cree usted que son las enfermedades que suelen padecer con más frecuencia?

FACTORES DE RIESGO

26. ¿ Dónde cree usted que ejercen la prostitución ? ¿ En qué lugares encuentran más personas que ejercen la prostitución?

27. ¿Cuántas horas que dedican a esta labor durante la semana, aproximadamente?

1	Menos de 10 horas	
2	De 11-20horas	
3	De 21 a 30 horas	
4	De 31-40 horas	
5	+ de 40 horas	
6	NS/NC	

28. ¿Cuáles cree usted que son los horarios para el ejercicio de la prostitución?

1	Mañana	
2	Tarde	
3	Noche	

29. ¿Cuál cree usted que es el tiempo medio de permanencia de las personas en situación de prostitución?

1	Menos de 1 año	
2	De 1 a 3 años	
3	De 3 a 6 años	
4	De 6 a 9 años	
5	De 9 a 12 años	
6	Más de 12 años	
7	NS/ NC	

30. ¿Cuáles cree usted que son los motivos que le dan para dejar la prostitución?

TRATAMIENTO

31. ¿Las personas que asisten a su recurso o que usted ha tratado han sido atendido por servicios médicos de urgencias por alguna de las siguientes CAUSAS?

		SI	NO	NS/NC
1	SOBREDOSIS O INTOXICACIÓN POR DROGAS ILEGALES, O POR DROGAS COMBINADAS CON ALCOHOL O MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
2	INFECCIONES U OTROS PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES SOLAS O COMBINADAS CON	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
3	BORRACHERA O INTOXICACIÓN POR ALCOHOL SIN COMBINAR CON DROGAS ILEGALES O MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
4	Otros (Especificar):			

32. ¿Alguna vez en la vida, algunas de las personas con las que usted ha tratado, ha iniciado un tratamiento para dejar o reducir el consumo de alcohol o alguna otra droga (también llamados tratamientos de deshabituación) o un tratamiento de mantenimiento con metadona?

1	SÍ, ALGUNA VEZ HAN INICIADO UN TRATAMIENTO AMBULATORIO DE ESE TIPO	
2	NUNCA HAN INICIADO UN TRATAMIENTO AMBULATORIO DE ESE TIPO	
3	OTROS (Especificar):	
4	NS/NC	

33. ¿Cuál fue la droga que motivó el tratamiento que han iniciado?

1	TABACO	
2	ALCOHOL	
3	HEROÍNA	
4	COCAÍNA	
5	HEROÍNA + COCAÍNA	
6	CANNABIS	
7	ANFETAMINAS O ÉXTASIS	
8	TRANQUILIZANTES, SEDANTES O SOMNÍFEROS	
9	OTRA DROGA	
10	NO HAN INICIADO TRATAMIENTO DE ESE TIPO	
11	NUNCA HAN INICIADO UN TRATAMIENTO DE ESE TIPO	

34. Ahora, le pido que exprese, el grado de acuerdo y o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

		TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
1	La mayoría de las mujeres que ejercen la prostitución consumen drogas.					
2	Las causas del consumo están asociadas a aguantar el trabajo, conseguir más clientes y razones vinculadas a la desconexión(relajarse, dormir, calmar, los nervios).					
3	Las mayoría de mujeres drogodependientes que ejercen en la calle intercambian sexo por drogas.					
4	La cocaína es la droga que más consumen las mujeres en situación de prostitución.					
5	Las mayoría de mujeres consumen benzodicepinas por razones vinculadas a la desconexión(relajarse, dormir, calmar los nervios).					
6	La mayoría de mujeres consumen porque el cliente o el responsable del club les incita al consumo.					
7	El alcohol , el tabaco, el cannabis y la cocaína son las drogas que la mayoría de las mujeres consumen.					
8	El acontecimiento de sucesos vitales traumáticos, los malos tratos y la violencia sexual es un factor de riesgo en relación con la dependencia a las drogas.					
9	En general, las mujeres que presentan dependencia a las drogas han tenido o tienen parejas dependientes.					
10	Las mujeres presentan una mayor percepción de riesgo con relación al consumo de drogas.					
11	Un mayor nivel de instrucción y formación es un factor de protección frente a la dependencia a drogas					
12	La ausencia de información sobre las consecuencias del consumo de drogas es un factor de riesgo en relación a la dependencia.					

13	El abuso de sustancias de la pareja es un factor de riesgo relacionado con la adicción a las drogas.					
14	Las actitudes favorables del grupo de iguales hacia el consumo es un factor de riesgo relacionado con la adicción a las drogas.					
15	La alta disponibilidad de las drogas es un factor de riesgo frente al consumo.					

35. Desea añadir usted otras observaciones de su práctica profesional con este colectivo.