



UNIVERSITAT
JAUME·I

**Departamento de Psicología
Básica, Clínica y Psicobiología**

PERFIL PSICOSOCIAL DE LOS TRABAJADORES MASCULINOS DEL SEXO

Tesis Doctoral

Realizada por Pedro Salmerón Sánchez

**Dirigida por Dr. Rafael Ballester Arnal
Dra. M^a Dolores Gil Llarío**

Castellón de la Plana, 2011



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA. CLÍNICA

Y PSICOBIOLOGÍA

Perfil Psicosocial de los Trabajadores Masculinos del Sexo

Tesis Doctoral

Realizada por Pedro Salmerón Sánchez

Dirigida por Dr. Rafael Ballester Arnal

y Dra. María Dolores Gil Llario

Castellón de la Plana, 2011



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA, CLÍNICA Y PSICOBIOLOGÍA

**PERFIL PSICOSOCIAL DE LOS
TRABAJADORES MASCULINOS DEL SEXO**

Tesis Doctoral realizada por Pedro Salmerón Sánchez

Dirigida por: Dr. Rafael Ballester Arnal. Universitat Jaume I de Castelló

Dra. María Dolores Gil Llario. Universitat de València. Estudi General

Castellón de la Plana, 2011

A mi madre y a mi padre

Cada vez que cerramos un ciclo y echamos la vista atrás, somos conscientes de que todas las personas que nos han rodeado, han puesto su granito para llegar hasta donde nos encontramos...

Por supuesto, hoy yo no estaría aquí si mi madre y mi padre no me hubieran guiado y no me hubiesen apoyado en cada una de mis decisiones, aunque muchas de ellas, estoy seguro, no las comprendían ni las compartían. Aún así, siempre me recogieron en las caídas y se alegraron en los logros...

Sin duda, han sido fundamentales Sandra, Cristina, Pepe, Bea y Estefanía, pues personas como ellas, que creen en la consecución de una utopía, son las que hacen que este Mundo cambie cada día...

Importante ha sido el apoyo de mi gente de siempre, de manera muy especial Frank, Mariajo, Manolo y Elisa, por entender mis ausencias tantas y tantas veces... Tampoco sería posible pasar por alto a Elina, gran profesional, siempre haciéndome dudar de mis planteamientos... Y Fàrax, la mejor compañera con sus gestos...

Imposible olvidar a Yui, con quien he recorrido uno de los momentos personales más bonitos e intensos, tanto por las reflexiones conjuntas como por cogermelo de la mano en cada paso de mi crecimiento interior al plantearme que, en ocasiones, las cosas pueden ser de manera diferente...

Pero en la realización de esta Tesis Doctoral han sido importantes tanto el Col.lectiu Lambda de Valencia, personificado en Damián y en Marina, como Ángel, gran persona siempre a la sombra y siempre cercano, que ha sabido valorar de la mejor manera posible nuestra labor.

Y qué decir de cada uno de los trabajadores sexuales... Gran experiencia compartir ese ratito que siempre se hacía corto para comprender cada emoción que nos transmitían... Y es que hasta las personas más infravaloradas por la sociedad emiten su resplandor...

Finalmente, dos piezas fundamentales en este puzle... Rafael Ballester y M^a Dolores Gil, no solo por la dirección realizada de esta investigación, sino por hacerme un huequito en su vida, por su cariño, por sus refuerzos y por su comprensión y paciencia...

Al final, en este proceso de evaluación personal, también nos damos cuenta de que queremos que estas personas sigan siendo nuestra compañía en el camino de la vida...

ÍNDICE

I PRESENTACIÓN	1
II MARCO TEÓRICO	7
Capítulo 1. El fenómeno del trabajo sexual en la actualidad	9
1.1 Prostitución vs Trabajo Sexual.....	11
1.2 Las cuatro posturas sociopolíticas ante el trabajo sexual: abolicionista, prohibicionista, legalizadora y laboral.....	15
1.3 Inmigración y trata de personas.....	21
1.3.1 Inmigración	21
1.3.2 Trata de personas	22
1.4 La industria del sexo como industria económica mundial	24
1.5 España: el Código Penal y la Ley de Extranjería	25
1.6 Algunos casos concretos: Holanda, Suecia, Italia, Argentina, Magreb, República del Congo y Nueva Zelanda.	30
Capítulo 2. Breve historia de la “prostitución”	37
2.1. Historia del trabajo sexual ejercido por mujeres	39
2.2. Historia del trabajo sexual ejercido por hombres	55
Capítulo 3. Características personales de los trabajadores masculinos del sexo	61
3.1. Características sociodemográficas	63
3.1.1 Edad y tiempo de ejercicio	63
3.1.2 Nacionalidad: el fenómeno de la inmigración.....	66
3.1.3 Pareja e hijos	71
3.2. Historia sexual de los trabajadores masculinos del sexo	71
3.2.1 Inicios de la vida sexual de los trabajadores sexuales.....	72
3.2.2 Orientación sexual	74
3.2.3 Abuso sexual en los trabajadores sexuales	77
3.3. Otros aspectos relacionados con el trabajo sexual	80
3.3.1 Movilidad	80
3.3.2 Imagen corporal.....	82
3.3.3 Estigma	83
Capítulo 4. La realidad profesional de los trabajadores masculinos del sexo	85
4.1. Ámbitos de trabajo actuales de los TMS	87
4.2. Aspectos profesionales del trabajo sexual ejercido por hombres	94
4.3. Características de las personas usuarias	100

Capítulo 5. Salud y calidad de vida en la población de trabajadores masculinos del sexo.....	105
5.1. Consumo de sustancias	108
5.2. Infecciones de transmisión sexual.....	112
Capítulo 6. VIH, sida y trabajadores masculinos del sexo	115
6.1. Epidemiología	117
6.2. Algunos modelos teóricos	120
6.2.1. El modelo de creencias de salud	120
6.2.2. Teoría de la acción planeada	121
6.3. La realidad del sida en la población de trabajadores sexuales	123
Capítulo 7. Compulsividad Sexual y Búsqueda de Sensaciones Sexuales en los trabajadores sexuales.....	135
Capítulo 8. Dificultades asociadas a la investigación con personas que ejercen el trabajo sexual	145
8.1. Acceso a la población de personas que ejercen el trabajo sexual.....	147
8.2. Dificultades específicas de acceso a la población de trabajadores masculinos del sexo.....	149
8.3. Escasez de publicaciones: estigmatización y prejuicios	151
8.4. Publicaciones sobre trabajadores masculinos del sexo	153
III ESTUDIO EMPÍRICO.....	157
Capítulo 9. Objetivos e hipótesis	159
9.1. Objetivo general	161
9.2. Objetivos específicos e hipótesis.....	161
Capítulo 10. Método.....	165
10.1. Participantes.....	167
10.2. Instrumentos	168
10.3. Procedimiento	170
10.4. Análisis estadísticos	173
Capítulo 11. Resultados	175
11.1. Resultados descriptivos: perfil psicosocial	177
11.1.1. Datos demográficos.....	177
11.1.2. Historia sexual	182
11.1.3. Actividad profesional de los trabajadores masculinos del sexo	185
11.1.4. Conductas de salud en la población de hombres que ejercen el trabajo sexual.....	200

11.1.5. VIH, sida y trabajadores masculinos del sexo	206
11.1.6. Autovaloración de la satisfacción general y profesional.....	219
11.2. Análisis diferenciales según aspectos personales y profesionales	222
11.2.1 Diferencias según factores socio-demográficos de los trabajadores masculinos del sexo	223
11.2.1.1 En función del nivel de estudios.....	223
11.2.1.2. En función del país de origen	227
11.2.2. Diferencias según variables relacionadas con la historia sexual de los trabajadores masculinos del sexo	235
11.2.2.1 En función de la orientación sexual.....	235
11.2.2.2. En función del abuso sexual en la infancia.....	240
11.2.2.3 En función de la edad de inicio en los comportamientos sexuales	242
11.2.2.3.1 Edad de inicio en masturbación	242
11.2.2.3.2. Edad de la primera relación sexual con otra persona.....	243
11.2.3. Diferencias según algunos aspectos de la actividad del trabajo sexual ejercido por hombres	244
11.2.3.1 En función del tiempo como trabajador sexual	244
11.2.3.2 En función de otras variables de la realidad del trabajo sexual.....	246
11.2.4. Diferencias en función de variables disposicionales: compulsividad sexual y búsqueda de sensaciones sexuales	251
11.2.4.1 Compulsividad sexual	252
11.2.4.2 Búsqueda de sensaciones sexuales.....	255
Capítulo 12. Discusión y conclusiones.....	259
Capítulo 13. Referencias bibliográficas	281
ANEXOS.....	309
Anexo I. Entrevista Semiestructurada para Trabajadores Masculinos del Sexo ...	311
Anexo II. Escala de Compulsividad Sexual y Escala Revisada de Búsqueda de Sensaciones Sexuales.....	321
Anexo III. Noticias en medios de comunicación sobre red de trata de hombres con fines de explotación sexual en España	327

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Perfil sociodemográfico de los TMS (I).....	178
Tabla 2: Perfil sociodemográfico de los TMS (II).....	181
Tabla 3: Primeras relaciones sexuales.....	183
Tabla 4: Frecuencia de fantasías sexuales en los TMS	184
Tabla 5: Abusos sexuales	185
Tabla 6: Motivaciones y edad de inicio.....	187
Tabla 7: Aspectos económicos.....	189
Tabla 8: Riesgos y temores percibidos por los TMS en su trabajo.....	191
Tabla 9: servicios más demandados	192
Tabla 10: Servicios que los TMS se niegan a hacer	193
Tabla 11: Frecuencia prácticas sexuales con los clientes (%)	196
Tabla 12: Características de los clientes.....	199
Tabla 13: Cuidados de salud.....	201
Tabla 14: Consumo de sustancias	203
Tabla 15: Valoración subjetiva del estado de salud	204
Tabla 16: Infecciones de Transmisión Sexual.....	205
Tabla 17: Información VIH (%)	208
Tabla 18: Porcentaje de uso del preservativo	209
Tabla 19: Diferencias en uso del preservativo entre clientes fijos y esporádicos.....	210
Tabla 20: Uso del preservativo con la pareja	212
Tabla 21: Problemas relacionados con el uso del preservativo.....	213
Tabla 22: Obtención de preservativos de forma gratuita.....	215
Tabla 23: Percepción de la influencia del consumo de sustancias en la negociación del uso del preservativo	216
Tabla 24: Percepción de riesgo y temor ante la infección por VIH.....	217
Tabla 25: Preguntar por el estado de salud (%).....	217

Tabla 26: Pruebas VIH.....	218
Tabla 27: Bienestar y satisfacción general.....	220
Tabla 28: Análisis diferencial en función de los estudios (Chi ²).....	224
Tabla 29: Análisis diferencial en función de los estudios (ANOVA).....	226
Tabla 30: Análisis diferencial en función del país de origen (Chi ²).....	228
Tabla 31: Análisis diferencial en función del país de origen (ANOVA).....	230
Tabla 32: Análisis diferencial en función de las creencias religiosas (Chi ²).....	232
Tabla 33: Análisis diferencial según creencias religiosas (ANOVA).....	234
Tabla 34: Análisis diferencial en función de la orientación sexual (Chi ²).....	236
Tabla 35: Análisis diferencial según orientación sexual (ANOVA).....	238
Tabla 36: Análisis diferencial según historia de abuso sexual en variables sociodemográficas y de orientación sexual (Chi ²).....	240
Tabla 37: Análisis diferencial en función de la historia de abuso sexual en ciertos aspectos del trabajo sexual.....	241
Tabla 38: Análisis diferencial en función de la edad de primera masturbación y de la primera relación sexual.....	243
Tabla 39: Análisis diferencial según años de ejercicio (prueba t).....	245
Tabla 40: Análisis correlacional entre diferentes variables relacionadas con el trabajo sexual.....	249
Tabla 41: ANOVA para Compulsividad Sexual.....	252
Tabla 42: Análisis diferencial Compulsividad Sexual y aspectos del trabajo sexual.....	253
Tabla 43: Correlaciones entre CS, BSS y otras variables del trabajo sexual.....	254
Tabla 44: ANOVA para Búsqueda de Sensaciones Sexuales.....	255
Tabla 45: Análisis diferencial BSS y aspectos del TS.....	256

I

PRESENTACIÓN

Hace ya unos años James O'Higgins le realizó una entrevista a Michel Foucault sobre la sexualidad humana. Corría el año 1982, pero muchas de las afirmaciones expuestas en aquel momento siguen siendo válidas en la actualidad. Cuando intentamos comprender la realidad socio-sexual que nos rodea hemos de tener presente, como afirmaba Foucault, que el comportamiento sexual va más allá de las normas permisivas o restrictivas predominantes en cada momento histórico, que el comportamiento sexual es también la conciencia de lo que cada persona está haciendo, de lo que hacemos con nuestra experiencia y, por supuesto, del valor que le atribuimos.

Este valor atribuido es personal y está apoyado por la moral de cada persona o cultura. Todo esto puede hacer que cuando analizamos ciertos aspectos de nuestra sociedad, especialmente los relacionados con la sexualidad, nos mostremos selectivos, lo que nos lleva al establecimiento de prejuicios y estereotipos dejando de lado información que puede ser importante para la comprensión de la realidad que queremos conocer al no estar de acuerdo con ella (Ballester y Gil, 1996).

En la industria del sexo a nivel internacional, pero de una manera más marcada en nuestro país, los Trabajadores Masculinos del Sexo (TMS) son uno de los colectivos más invisibilizados. En los medios de comunicación de masas, en la literatura científica y en otros foros, como los discursos de las diferentes administraciones públicas, parece que todo el trabajo sexual existente se reduce al ejercido por mujeres. De hecho, aunque el comercio sexual siempre ha sido objeto de debate y de intervención pública (Osborne, 2004), la atención se centra de manera casi única en la mujeres víctimas de la trata de personas con fines de explotación sexual.

Aunque esta parte de la industria es la mayoritaria, no podemos ignorar y negar la existencia de un subgrupo de personas que ejerce el trabajo sexual por decisión propia ni de otros colectivos como los hombres o las personas transexuales. Ocultar estas dos realidades del trabajo sexual supone minar los derechos de estas personas e ignorar sus necesidades en múltiples aspectos de su vida. Si negamos la existencia de los hombres o de las personas transexuales que ejercen el trabajo sexual, difícilmente analizaremos sus necesidades ni podremos poner en marcha estrategias eficaces adaptadas a sus carencias diferenciadas. La adaptación de estas estrategias contribuiría a facilitar el acceso a los recursos sociales y sanitarios que mejoren su calidad de vida, reduciendo al mismo tiempo su riesgo de exclusión social.

En los últimos años se está produciendo un cambio importante en torno al perfil de la persona que ejerce el trabajo sexual en nuestro país. Factores como la inmigración globalizada o la aparición de las nuevas tecnologías suponen un aumento en cuanto a la oferta de servicios sexuales. Las personas que ejercen el trabajo sexual conforman a día de hoy un colectivo muy heterogéneo en el que hay mujeres, pero también hombres, transexuales, travestis, jóvenes, usuarios de drogas, homosexuales, heterosexuales, bisexuales, etc.

El desconocimiento existente en torno al colectivo de trabajadores masculinos del sexo lleva a la creación de prejuicios y estereotipos que, en la mayoría de los casos, no coinciden con la realidad de esta población. Como veremos a lo largo de esta investigación, el desentendimiento que generan en la sociedad los hombres que ejercen el trabajo sexual viene dado principalmente por el doble estigma que acompaña al trabajador sexual, en primer lugar, por ejercer esta actividad y, en segundo lugar, por mantener fundamentalmente relaciones sexuales con hombres, puesto que los principales demandantes de sus servicios también son hombres.

Este desentendimiento es extensible a las publicaciones existentes, de manera especial en España. La literatura científica, además de escasa, es deficiente en diferentes niveles. Por ejemplo, centra su atención de manera prioritaria en el trabajo sexual ejercido por mujeres en la calle, dedicando una casi nula atención al trabajo sexual ejercido en otros espacios (saunas, pisos, Internet...) y por otros grupos de personas como los hombres o las personas transexuales (Parker, 2006; Weitzer, 2005).

Esta tesis doctoral se estructura en dos partes bien diferenciadas. En una primera parte estableceremos el *marco teórico* desde el que arranca nuestro estudio. En el *capítulo 1* presentamos una visión general del trabajo sexual en la actualidad, intentando aclarar conceptos y comentando las diferentes posturas socio-políticas en diferentes países. El *capítulo 2* está dedicado a hacer un breve repaso histórico sobre el trabajo sexual ejercido por las mujeres y el ejercido por los hombres. En el *capítulo 3* hablaremos de las principales características personales de los trabajadores masculinos del sexo como aspectos sociodemográficos, inmigración, historia sexual, estigma o la movilidad que acompaña el ejercicio del trabajo sexual. En el *capítulo 4* del marco teórico comentaremos aspectos profesionales del trabajo sexual ejercido por hombres: ámbitos de trabajo actuales, ingresos económicos, prácticas sexuales más demandadas y

características de las personas usuarias de sus servicios. El *capítulo 5* estará dedicado a conductas de salud, donde hablaremos del consumo de sustancias y de infecciones de transmisión sexual (ITS) en este colectivo. En el *capítulo 6* se enmarcan diferentes aspectos relacionados con la infección por VIH-sida en el colectivo de TMS. El *capítulo 7* centra su atención en dos variables de personalidad que pueden estar influyendo en el ejercicio del trabajo sexual: la Compulsividad Sexual y la Búsqueda de Sensaciones Sexuales. En el último capítulo de este marco teórico, el *capítulo 8*, planteamos las dificultades asociadas a la investigación con personas que ejercen el trabajo sexual y algunos aspectos relacionados con las escasas publicaciones científicas existentes sobre TMS.

En la segunda parte de esta tesis doctoral presentaremos el *estudio empírico*, donde, a la hora de presentar los resultados de nuestra investigación, se seguirá una estructura similar a la del marco teórico que facilite la lectura y comprensión de nuestros datos. Asimismo, expondremos primero los *resultados descriptivos* de la investigación y, a continuación, los resultados de los *análisis diferenciales* realizados. Por último, el apartado de *discusión*, en el que además de plantear las conclusiones de nuestra investigación, comentaremos también las limitaciones asociadas a la misma y propondremos diferentes líneas futuras de investigación.

En definitiva, con este estudio, en el que analizamos el perfil psicosocial del trabajador masculino del sexo que ejerce su actividad en pisos gestionados por terceras personas, pretendemos mostrar la realidad de este colectivo, yendo más allá de los temas relacionados con el uso del preservativo con los clientes o la tasa de infección por VIH. Queremos conocer con más profundidad sus experiencias, sus carencias, sus circunstancias, es decir, todo aquello que les puede hacer similares y aquello que les diferencia de los otros grupos inmersos en la industria del sexo. Solo de esta manera podremos avanzar hacia la igualdad social que es uno de los retos de nuestro siglo.

II

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1.

EL FENÓMENO DEL TRABAJO SEXUAL EN LA ACTUALIDAD

CAPÍTULO 1. EL FENÓMENO DEL TRABAJO SEXUAL EN LA ACTUALIDAD

1.1 PROSTITUCIÓN vs TRABAJO SEXUAL

La Real Academia de la Lengua Española define la “prostitución” como la actividad a la que se dedica quien mantiene relaciones sexuales con otras personas a cambio de dinero. Pero el término prostitución proviene de la palabra latina “prostituere” que significa literalmente “exhibir para la venta” (Ballester y Gil, 1996), de manera que la palabra prostitución, aunque tradicionalmente se ha identificado con las relaciones sexuales que dos o más personas mantienen por un intercambio económico, debería englobar otro tipo de intercambios y no solo los sexuales y/o los económicos.

Al término prostitución van asociados dos aspectos fundamentales: por un lado, la supuesta intimidad que una persona vende cuando mantiene relaciones con un cliente y, por otro lado, la concepción de la sexualidad desde la moralidad, fruto de la educación sexista, patriarcal y conservadora que durante años se ha impuesto.

En este sentido, sería más objetivo entender la sexualidad como una faceta fundamental en todo ser humano, pero ni más ni menos importante que otras y tampoco la más bella ni la más sucia. En definitiva, para cada persona la sexualidad tiene un sentido y un significado diferente y subjetivo. Así, el sentido de la intimidad también es diferente para cada ser humano de manera que no consideramos íntimos los mismos aspectos de nuestra persona o de nuestra vida. Si tomamos este sentido más amplio de lo íntimo y, partiendo del significado latino del término “prostituere”, podríamos hablar de prostitución cuando una persona alquilase o vendiese una parte importante de su intimidad o identidad (no necesariamente sexo o sexualidad) a cambio de algo (no exclusivamente dinero) (Ballester y Gil, 1996).

Por otro lado, el término prostitución va asociado a la consideración de esta actividad como una forma de esclavitud sexual y violación de los derechos de las personas involucradas, dejando de lado el sector de personas que ejercen esta actividad como elección personal. En el mismo sentido, otros sectores prefieren utilizar la expresión “persona prostituida” pues dicen que de esta manera se desplaza el estigma, la criminalización y la vergüenza de las personas que realizan esta actividad hacia aquellas

que les fuerzan y explotan. También hay un sector que defiende el término “comercio sexual” para referirse a las personas que venden un servicio sexual invisibilizando de esta manera a las personas que lo compran (SPNS, 2005). Otro término que se ha propuesto es el de “profesionales del sexo”, que es criticado por los defensores de la “prostitución” al entender que no todas se dedican de manera exclusiva a esta actividad y otras la entienden como algo ocasional y son solo aficionadas (Rubio, 2008).

A finales de los años ochenta, con la publicación del libro de Delacoste y Alexander (1987), “Sex Work”, y con el impulso del feminismo, surge un nuevo término para hacer referencia al intercambio sexual por dinero: “trabajo sexual”. Esta expresión va acompañada del inicio del movimiento de lucha por los derechos de las “prostitutas” y nace para paliar la estigmatización de términos como “puta”. Además, el uso de la expresión “trabajo sexual” supone diferentes beneficios sociales. En primer lugar ayuda a que desaparezca cierta carga moral que acompaña al intercambio sexual profesional, que debería tratarse lejos de la moralidad (Bimbi, 2007). Pero, por otro lado, contribuye a la visibilización de otros grupos de personas que también se dedican a esta actividad y que tradicionalmente han sido ocultados e ignorados. Nos referimos a las personas transexuales y a los hombres que ofrecen servicios sexuales. Por último, desde esta perspectiva, utilizar “trabajo sexual” es un paso hacia el reconocimiento de los derechos sociales de las personas que lo ejercen al ser considerado como actividad laboral.

Otras autoras, como Day (2007) apuestan también por el término “trabajo sexual” ya que en este contexto de comercio sexual, el concepto “trabajo” va más allá de los salarios o el desempleo. Se trataría de un recurso para establecer la frontera de su vida íntima y personal, es decir, el término “trabajo sexual” se relaciona con la idea de sexo sin sentimientos involucrados. Para marcar esta frontera, las personas que ejercen esta actividad adoptan una serie de pautas como dar o no besos, mantener sólo cierto tipo de prácticas sexuales con los clientes o utilizar preservativo con las personas usuarias de sus servicios pero no con sus parejas personales. Este último aspecto también lo encontramos en la investigación realizada por Zaro, Peláez y Chacón (2007) en hombres que ejercen el trabajo sexual.

En contra del uso de la palabra “prostitución” encontramos a otros autores como Sevilla (2003) o Trifiró (2003) que plantean que este término no es lo suficientemente neutro para referirse al comercio sexual por la aceptación negativa que ha tenido a lo

largo de diferentes épocas. En este sentido, el estigma que conlleva la palabra “prostituta” puede hacer que se le condene a nivel moral de manera irreversible. Pero los defensores del término “prostitución” argumentan que la connotación negativa que va asociada a algunos términos, como el caso que aquí nos ocupa, “*parece afectar más a los observadores políticamente correctos que a las supuestas personas perjudicadas*” (Rubio, 2008; p. 11).

En este sentido, cabe indicar que gran parte del prejuicio asociado con el trabajo sexual se relaciona con la venta del propio cuerpo, de manera que la persona que lo vende está mal vista por el resto de la sociedad, ya que esta transacción es percibida como inmoral (Britos, 2009). Desde el punto de vista de la visión de géneros, el caso de la mujer es especial puesto que a ésta se le ve como madre y su cuerpo está destinado a la procreación.

Pero no todas las corrientes teóricas están a favor de este cambio en la terminología. Hay quien defiende que es necesario y conveniente seguir utilizando el término “prostitución”, a pesar de las connotaciones negativas que plantea (Rubio, 2008). Aunque este término puede ser peyorativo e implica una deshonra y un abuso hacia la persona que califica, este autor dice que no existe un vocablo más preciso, universal y adecuado para referirse al comercio sexual. Los seguidores de esta corriente indican que la prostitución no siempre puede considerarse desde el punto de vista laboral, puesto que, en ocasiones, va unido también al intercambio de afecto.

Otro de los argumentos de los detractores del término “trabajo sexual” apunta a que con dicha expresión se puede crear una confusión conceptual y legal, pues se podría incluir también en esta categoría, por ejemplo, a los actores o actrices porno (Rubio, 2008). También hay quien considera que con este concepto se normaliza excesivamente esta actividad, dándole cierta legitimidad, cuando en bastantes ocasiones las personas que la ejercen son obligadas a hacerlo.

Los sectores que engloban a todas las mujeres que ejercen el trabajo sexual como víctimas de abuso y esclavas sexuales, no son partidarios del término “trabajo sexual” pues no lo consideran ni como trabajo ni como actividad legítima libremente elegida. Hay quien piensa que esta expresión ayudaría a encasillar a muchas personas dentro de una actividad con la que no se identifican y que no les permitiría salir de ella de manera libre si lo desearan (Osborne, 2004). Y si nos acercamos un poco al colectivo de hombres que ejercen el trabajo sexual, hay quien defiende que la utilización del

término “male sex worker” es una expresión políticamente correcta que contribuye a estigmatizar a estos profesionales cuando se les incluye dentro del colectivo homosexual (la mayoría de los clientes son hombres) puesto que no queda suficientemente clara la diferencia entre orientación sexual y el ejercicio de estas prácticas sexuales entre hombres como actividad profesional (Bimbi, 2007).

Acabamos de comentar cómo un sector del feminismo actual no acepta que un porcentaje de mujeres que se dedican a comerciar con su cuerpo lo hagan desde la libre elección. La utilización de expresiones como “trata de personas” o “víctimas del tráfico” debe emplearse en aquellos momentos y épocas en los que está suficientemente probada y documentada la existencia de este tipo de comercio. Por supuesto que, en la actualidad, hay una parte importante de estas personas que ejercen el trabajo sexual como consecuencia de la explotación sexual y el tráfico de personas, pero no podemos afirmar que todas las personas que se dedican a esta actividad lo hagan al ser forzadas por mafias u otras terceras personas. Este sector del feminismo se basa en el prejuicio victimista que consiste en pensar que toda forma de trabajo sexual es forzada e involuntaria. Desde esta posición, la mujer que ejerce esta actividad es una víctima juzgada tanto por la sociedad como por el hombre, una esclava sexual que debe ser redimida, aunque sea en contra de su voluntad, porque las personas que promueven su redención conocen mejor que ella misma lo que le conviene (Vázquez, 1998).

Desde esta visión feminista de dominio patriarcal y del hombre frente a la mujer, cabe preguntarse dónde se ubica en este debate a los hombres que ejercen el trabajo sexual o a las personas transexuales. Este tema queda fuera del debate social, puesto que el trabajo sexual se enmarca en la discriminación ejercida por una cuestión de género (Britos, 2009). De esta manera el colectivo de hombres que se dedica al comercio sexual queda apartado de una realidad que desde la prehistoria ha fijado su atención en las mujeres.

En nuestro planteamiento hacemos la distinción entre prostitución y trabajo sexual. Siguiendo las propuestas de Sevilla (2003) o de Zaro et al. (2007), creemos que la introducción de un nuevo vocablo contribuirá a una mejor aceptación social de la actividad. Del mismo modo, compartimos con Vázquez (1998) que el hecho de que en nuestra sociedad ciertas conductas sean caracterizadas como actos de prostitución no depende de la conducta en sí misma sino del modo en que la sociedad las percibe y las define.

Así, entendemos “prostitución” como el intercambio entre dos o más personas de una parte de su intimidad con independencia de que el trueque sea sexual o no y de que el pago sea económico o por otros medios. Y hablaremos de “trabajo sexual” para hacer referencia al intercambio sexual entre dos o más personas con fines económicos. Se trata de un fenómeno esencialmente social que se encuentra asociado a factores económicos, culturales, morales, conductuales y legales (World Health Organization WHO, 1989).

Tal como propone Bindman (2004) podemos definir el “trabajo del sexo” como la negociación y ejercicio de servicios sexuales remunerados con o sin la intervención de una tercera persona. Tales servicios han de ser publicitados o reconocidos de forma general como disponibles en un lugar específico (mercado de trabajo) y el precio debe reflejar las presiones de la oferta y la demanda.

1.2 LAS CUATRO POSTURAS SOCIOPOLÍTICAS ANTE EL TRABAJO SEXUAL: ABOLICIONISTA, PROHIBICIONISTA, LEGALIZADORA Y LABORAL

Las diferentes perspectivas legales existentes sobre el trabajo sexual a nivel mundial son un indicador de la heterogeneidad que marca esta actividad. A lo largo de la historia cada nación ha desarrollado e implementado diversos planteamientos frente al fenómeno del trabajo sexual, con legislaciones distintas según el gobierno del país y con normas y leyes con implicaciones diferentes para las personas que ejercen el trabajo sexual. En todos estos planteamientos hay dos aspectos comunes independientemente del país y del momento histórico. En primer lugar, cada uno de los planteamientos que a continuación pasamos a presentar va acompañado de diferentes presunciones morales e ideológicas. En segundo lugar, todas las perspectivas legales se centran en el trabajo sexual ejercido por mujeres y en las consecuencias que cada posición tendría para las profesionales del sexo y sus clientes, por supuesto, los hombres. Pero todas olvidan otros colectivos de personas que también ejercen el trabajo sexual, como los hombres o las personas transexuales.

En relación con el trabajo sexual, tradicionalmente se pueden distinguir cuatro posturas legales: prohibicionista, abolicionista, reglamentarista y laboral. Osborne (2004) plantea que, a excepción del modelo laboral, el resto han sido diseñados para

controlar y suprimir la industria del sexo. Aunque aquí presentemos esta clasificación, hemos de tener presente que cualquier intento de clasificación conlleva siempre una simplificación (Wijers, 2004). Además, la separación de ideas de cada postura en ocasiones no es tan fácilmente apreciable teniendo en cuenta que las prácticas legales pueden variar en gran medida según lo prohibido y de lo riguroso que sea el gobierno a la hora de cumplir esas prohibiciones.

Antes de pasar a hablar de los distintos modelos, conviene decir que aunque la ilegalidad y la clandestinidad hacen imposible determinar el alcance económico de la industria del sexo, e independientemente del modelo político que cada país asuma, sea legal o no, el trabajo sexual es una actividad económica. En este sentido, algunas voces argumentan que si las políticas públicas no se dirigen a estas bases económicas, las medidas y sanciones basadas sólo en consideraciones moralistas o en derechos humanos y dirigidas únicamente a las personas que ejercen el trabajo sexual, no serán eficaces e, incluso, pueden ser inapropiadas (Lean, 2004).

a) EL MODELO PROHIBICIONISTA

Este planteamiento, que es seguido por países como Estados Unidos o China, es el más represivo puesto que prohíbe el trabajo sexual y toda actividad relacionada con él. El ejercicio de esta actividad es un delito en sí mismo. En su base está la penalización tanto de la persona usuaria como de la persona que ejerce el trabajo sexual. Las mujeres que ejercen el trabajo sexual son consideradas como desviadas o como delincuentes y, por tanto, han de ser reeducadas o castigadas. Según este modelo, se sanciona a toda persona involucrada en el intercambio sexual, tanto a las profesionales, como a aquellas que organizan o explotan a otras o son usuarias de sus servicios (Pinedo, 2008a). Pero, como indica Wijers (2004), la mayoría de países que han adoptado esta postura ignoran la figura del cliente.

El objetivo principal de los defensores del prohibicionismo es la eliminación del trabajo sexual, pero, lejos de conseguirlo, lo que ha provocado es que las personas que se dedican al negocio del sexo acaben dependiendo de terceras personas. Además, se genera la clandestinidad y la indefensión a nivel legal entre las personas trabajadoras del sexo. Los empresarios del sector del sexo han podido burlar fácilmente este tipo de leyes. Además, penalizar hace que las personas que ejercen el trabajo sexual sean

castigadas, pero no consiguen que dejen de ejercerlo, sobre todo cuando no tienen alternativas viables, acabando en la clandestinidad, pero sin eliminar el negocio (Lean, 2004).

Los países que legislan en torno al prohibicionismo consiguen incrementar el valor de lo que prohíben, haciendo más frágil la situación de las personas que ejercen el trabajo sexual y, así, aumentan su vulnerabilidad. Pero como indica Juliano (2007) tampoco podemos aceptar cualquier actividad por el mero hecho de que exista: *“Si algo no se puede o debe hacer (robar, chantajear o agredir), no se puede hacer ni gratis ni cobrando. Pero si algo se puede hacer gratis (por ejemplo, tener relaciones sexuales con quien se quiera), cobrar no lo transforma en denigrante o perverso. El trabajo sexual implica un acuerdo entre adultos que no perjudica a terceros. Es en estos casos en los que no se puede prohibir”* (p. 30).

b) EL MODELO ABOLICIONISTA

El término abolicionista proviene del movimiento para la abolición de la esclavitud del siglo XIX (Wijers, 2004). Así, las personas que ejercen el trabajo sexual, especialmente las mujeres, son consideradas esclavas a las que hay que liberar y que necesitan tomar conciencia de la opresión que sufren. Según esto, ninguna persona que viva en condiciones de bienestar social podría libremente elegir ejercer esta actividad.

Wijers (2004) defiende que aquella mujer y, por ende, podemos decir que cualquier persona trabajadora del sexo, que no se entiende a sí misma como víctima y que, en cambio, defiende unos derechos laborales, es desacreditada de diferentes formas: padecer una falsa consciencia de su realidad; haber sido dañadas por algún abuso; o por la manipulación de sus chulos o proxenetas.

El modelo abolicionista tiene su base en el preámbulo de la “Convención para la supresión del tráfico de personas y la explotación de la prostitución ajena” de 1949: “la prostitución es incompatible con la dignidad y el valor humano y pone en peligro el bienestar de los individuos, de la familia y de la comunidad”. Así, desde este modelo, el trabajo sexual es un mal social a erradicar (Osborne, 2004) y constituye una violación de los derechos humanos (Pinedo, 2008a). La mayoría de los países europeos (Italia, Francia, Gran Bretaña o Suecia; también España en algunos momentos) asumen este planteamiento que entre otras cuestiones prohíbe reclutar personas para ejercer el

trabajo sexual, el alquiler de locales para dicha actividad, la oferta de los servicios sexuales y el proxenetismo o el vivir de los ingresos de esta actividad.

Según este modelo, lo que se penaliza es la implicación de terceras personas que controlan y explotan a las personas trabajadoras del sexo, es decir, no se penaliza el ejercicio del trabajo sexual en sí mismo. En este sentido, las personas que ejercen el trabajo sexual pasan de la consideración de desviadas o delincuentes, a ser entendidas como víctimas (Wijers, 2004). Este planteamiento asume que el trabajo sexual estará presente siempre que exista la figura del proxeneta, por lo que hay que ir contra todas las terceras personas que reclutan, organizan y sacan beneficios de la actividad que otras personas ejercen. Además, su objetivo es la rehabilitación de las víctimas puesto que no es posible distinguir entre trabajo sexual libre y forzado. De esta manera, tampoco se puede entender como un trabajo (Pinedo, 2008a).

A pesar de la consideración que asume este planteamiento de la persona trabajadora del sexo como ser que debe ser respetado, considera el ejercicio del trabajo sexual como algo degradante. Entonces, ¿cómo podemos promover el respeto de una persona que lleva a cabo una actividad que es degradante? Además, aunque este modelo parte de la base de intentar proteger a las personas profesionales del sexo, las medidas legales que promueve, como castigar a proxenetas o la rehabilitación de las profesionales del sexo, suponen para estas personas una facilitación de su “soledad, estigmatización, marginación y exclusión social” (Wijers, 2004; pág. 214) al considerar el trabajo sexual como algo denigrante.

c) EL MODELO REGLAMENTARISTA

El planteamiento del que parte este modelo, asumido por países como Alemania, Bélgica o Austria, es que el trabajo sexual es algo imposible de erradicar socialmente, pero, a la vez, es moralmente reprobable. Aunque se acepta su existencia, se concibe como una amenaza para la salud y el orden público (Wijers, 2004), es decir, es un mal inevitable que hay que controlar (Osborne, 2004). Las políticas reglamentaristas surgen de la ineficacia que han tenido las perspectivas abolicionistas en su objetivo de liberar a las mujeres víctimas (Pinedo, 2008a).

El Estado no asume ninguna responsabilidad a nivel laboral con las personas que ejercen el trabajo sexual, pero para proteger a la sociedad de este mal sí que introduce

medidas legales dirigidas a controlar el orden, la salud, la moral y la decencia pública. Los estados que han adoptado este planteamiento suelen llevar a cabo una serie de registros obligados a nivel estatal.

Otras medidas son controles médicos, prohibición de ejercer esta actividad fuera de ciertos espacios o pérdida del permiso de residencia de las personas inmigrantes que ejercen el trabajo sexual, mientras que las personas del mismo país pueden ejercer esta actividad. Esta legislación ayuda a aumentar la brecha entre trabajo sexual legal e ilegal puesto que muchas personas no se inscriben en el obligado registro por miedo a ser expulsadas del país o para no ser estigmatizadas. Pero esta postura puede tener algunas consecuencias positivas para la salud de las personas trabajadoras del sexo si se establecen chequeos médicos regulares sobre ITS y VIH. Pero si estos controles no van acompañados de una educación sobre sexualidad y sida pueden no ser eficaces y promover todavía más la clandestinidad y la estigmatización (Lean, 2004).

En definitiva, el objetivo del modelo reglamentarista no es proteger a los trabajadores y las trabajadoras del sexo, sino, como hemos visto, proteger a la sociedad de este mal imposible de erradicar.

d) EL MODELO LABORAL

De los modelos existentes en la actualidad, el modelo laboral es el único que se ha desarrollado tomando en consideración la voz de las personas que ejercen el trabajo sexual, aunque de manera casi exclusiva a las mujeres trabajadoras del sexo. Desde este modelo se defiende el reconocimiento del trabajo del sexo como una actividad legítima y la despenalización de los negocios relacionados, de manera que esta actividad quede regulada bajo preceptos civiles y laborales en lugar de penales (Wijers, 2004). De esta manera, el debate dejaría de enfocarse desde la moralidad.

Pero que las propias personas profesionales del sexo reivindiquen ciertos derechos y la consideración de esta actividad como trabajo, no implica que desconozcan la cantidad de problemas legales que puede haber para su implementación (Juliano, 2004).

Considerar el trabajo sexual como una actividad profesional permitiría acabar con la explotación, la violencia y el abuso que existe en la industria del sexo. Además, los beneficios obtenidos por las personas profesionales del sexo irían encaminados hacia

la protección legal en caso de enfermedad o desempleo, la defensa de sus derechos como trabajadores, podrían demandar a “jefes” y clientes y estarían enmarcadas dentro de algún convenio colectivo. En la sociedad actual lo que más se valora de las personas es su trabajo y es por medio de éste como la ciudadanía logra sus principales derechos (Osborne, 2004).

Cuando se niega a las personas profesionales del sexo su condición de trabajadoras estamos atacando de una manera directa la posibilidad de considerarse miembros de pleno derecho de la sociedad, atacando así un elemento importante de su autoestima (Juliano, 2004). El trabajo sexual se puede describir tanto como actividad económica como laboral puesto que es una actividad que genera unos ingresos, siendo una forma de empleo (entendido como medio de ganar dinero) para muchas personas (Lean, 2004).

Desde el modelo laboral, se lucha por el reconocimiento de los derechos y obligaciones tanto a nivel social como laboral de todas las personas que ejercen el trabajo sexual (Pinedo, 2008a), tanto de aquellas que lo hacen por libre elección como de las que comienzan en esta actividad obligadas por las mafias. No obstante, en los últimos tiempos están surgiendo nuevas voces que proponen entender la legalidad del trabajo sexual de una manera algo distinta. Se plantean si es deseable que las personas trabajadoras del sexo se legalicen como tales para poder disfrutar de sus derechos como trabajadoras o si más bien con esto lo que se conseguiría es aumentar la estigmatización al formar parte de registros específicos (Juliano, 2004). Lo que proponen es que las personas profesionales del sexo se incluyan en otras categorías profesionales como servicios de proximidad o el sector servicios. Otra limitación que tiene este modelo (Pinedo, 2008a) es que mantiene como ilegales a las personas inmigrantes que son una parte importante de las personas que se dedican a esta actividad.

Como vemos, en la actualidad no existe una visión unitaria a nivel jurídico en cuanto al tratamiento que se le debe dar al trabajo sexual y a las personas que o bien lo ejercen o bien son usuarias o bien se benefician económicamente de él. Como plantea Pinedo (2008a), no hay un consenso a nivel internacional, pero tampoco a nivel nacional pues, como por ejemplo ocurre en nuestro país, incluso las legislaciones son distintas entre las autonomías y entre los mismos municipios de una misma comunidad autónoma, como luego se comentará.

1.3 INMIGRACION Y TRATA DE PERSONAS

1.3.1 INMIGRACIÓN

Vemos en la sociedad actual grandes cambios demográficos tanto a nivel mundial y europeo como a nivel nacional. De hecho, uno de los aspectos más importantes que tiene la globalización es el movimiento migratorio de los países pobres a los países ricos.

En el año 1948 se establece en el artículo 13 de la Declaración Universal de Derechos Humanos el derecho básico del ser humano a migrar: “toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluyendo el propio, y de regresar al mismo”. Aunque como sugiere Azize (2004) este derecho fue, de alguna manera, coartado en el año 1968 cuando la Convención Internacional de Derechos Civiles y Políticos estableció una serie de restricciones específicas que los gobiernos podían fijar según sus intereses políticos, económicos o morales. Además, como analizaremos más tarde, a esta tendencia restrictiva sobre las migraciones se añade el uso del término “tráfico” para referirse a un tipo concreto de migraciones.

En contra de estas restricciones, algunas posturas, como la de la Unión Única de Trabajadores de la Vida Nocturna, defienden que si la globalización actual está permitiendo que el capital se mueva sin importar fronteras, por qué no permitir también la libre circulación de las personas.

El fenómeno de la migración ayuda a que el fenómeno del trabajo sexual se internacionalice (Osborne, 2004) y como consecuencia, observamos la presencia simultánea de personas trabajadoras del sexo migrantes y no migrantes así como una gran movilidad entre estas personas. Este aumento en la presencia de personas inmigrantes trabajadoras del sexo ha dado lugar a una problemática específica, puesto que las legislaciones que los diferentes países llevan a cabo en materia de inmigración está pensada para aquellas personas que llegan con un contrato de trabajo (Juliano, 2004).

Como ya hemos comentado, la no consideración del trabajo sexual como una profesión deja a las personas inmigrantes que lo ejercen fuera de la ley. Este estatus de ilegalidad y exclusión social facilita la vulnerabilidad de las personas trabajadoras del sexo a la violación de sus derechos por parte de empresarios, autoridades y otras personas (Bindman, 2004). Además, los enfoques políticos y legales que establecen

unos mayores controles migratorios y fronterizos pueden favorecer el aumento de las redes ilegales de migración al limitar las posibilidades de autonomía en la libre elección del país de residencia (Azize, 2004). El derecho a migrar va unido, en la mayoría de los casos, a la búsqueda de una mayor calidad de vida.

Diferentes autoras (Bindman, 2004; Brussa, 2004) defienden la tesis de que esta situación de ilegalidad de las personas inmigrantes trabajadoras del sexo les lleva a situaciones de abusos, violencia y marginalidad tales como la dependencia respecto a los proxenetas, la explotación por medio de pagos injustos o largas jornadas de trabajo, el aislamiento por las diferencias culturales, falta de acceso al sistema sanitario (bien por su situación irregular en el país bien por la falta de preparación del personal sanitario para trabajar con una población multicultural), falta de información en cuanto a prevención de VIH, etc.

En definitiva, en la actualidad, el trabajo sexual debe ser entendido como un fenómeno internacional con algunos rasgos comunes (Brussa, 2004): el rápido desarrollo y la diversidad de la industria del sexo, la presencia de personas migrantes y no migrantes, la alta movilidad de estas personas y la presencia de organizaciones que controlan esta industria. Así, se hace necesario superar la marginación de las personas migrantes que ejercen el trabajo sexual para garantizarles servicios legales y una atención social y sanitaria. De esta manera se ayuda a que estas personas dejen de ser vistas como meros vehículos de infecciones de transmisión sexual.

1.3.2 TRATA DE PERSONAS

El Convenio Contra el Crimen Transaccional Organizado de las Naciones Unidas, firmado en el año 2000, define el “tráfico ilícito” de personas como la facilitación de entrada ilegal de una persona en un Estado para obtener un beneficio económico o de orden material. La “trata de personas” hace referencia a la captación, el transporte, el traslado o la acogida de personas mediante abuso de poder, amenaza, engaño, raptó o coacción con fines de explotación, con independencia del consentimiento de la persona (Pinedo, 2008a). Como vemos, en la base de ambas está el traslado de personas entre países, pero la diferencia es la explotación y sometimiento a condiciones de esclavitud de la persona víctima de la trata de seres humanos. La trata de personas aumenta cuando los gobiernos ponen trabas a la inmigración (Juliano, 2004) y

es una de la actividades criminales de mayor crecimiento a nivel internacional dada la cantidad de personas implicadas, los beneficios que genera y su naturaleza multifacética (Lean, 2004).

Por otro lado, como señala Juliano (2004) no es lo mismo “trata de personas” y “trabajo sexual”, aunque muchas personas acaban ejerciendo esta actividad para poder devolver el dinero a las personas que le han organizado el traslado, ya que en el país de destino no pueden optar a otro modo de vida debido a las políticas de regulación de inmigrantes y/o la escasez de ofertas en el mercado laboral. Esta autora propone una tipología de las redes de trata de personas: redes de tipo familiar (familiares o amigos que ponen en común sus ahorros para pagar el viaje a una persona que se compromete a devolver ese dinero y una cantidad más), redes de tipo comercial (agencias de viajes, empresarios o prestamistas particulares que proporcionan la documentación necesaria a una persona para poder entrar en otro país, pudiendo ofrecer también trabajo y alojamiento; la deuda aquí es mucho mayor que los gastos reales; en ocasiones, la persona que organiza el traslado es dueño de locales de trabajo sexual de manera que la persona inmigrante acaba ejerciendo allí hasta pagar la deuda contraída); y redes de tipo coercitivo, que son las que usan las amenazas de violencia (pueden ser bandas organizadas a nivel internacional o bien un grupo de cómplices que controlan y presionan a las personas ya sea en el lugar de origen o de destino; en ocasiones, la dedicación al trabajo sexual ya está pactada desde el principio).

Podemos deducir que la escasez de denuncias en los países de destino se deba por un lado a la variedad de redes y, por otro, a los acuerdos para ejercer el trabajo sexual que ocurre en ocasiones. Además, estas personas inmigrantes ven el ejercicio de la actividad sexual como un mal menor y la única forma de llegar al país de destino, puesto que la red les puede proporcionar papeles, alojamiento y trabajo.

Por otro lado, la existencia de este tipo de organizaciones “mafiosas” impide ver que la opción del trabajo sexual, comparando ventajas e inconvenientes, es la elegida por muchas personas como la más adecuada en comparación con las otras opciones que se les presentan. A pesar de esto, las víctimas del tráfico para la explotación sexual comparten experiencias de aislamiento, violencia, intimidación, abuso sexual, marginalidad y criminalidad (Lean, 2004). Y aquellas que pueden escapar de estas redes, se enfrentan a situaciones de ilegalidad, inseguridad y deportación en algunos de los países de destino.

No podemos acabar este apartado sin hacer mención al hecho de que toda la información referente al tráfico de personas encontrada, hace referencia a las mujeres y menores, que son las víctimas de la sociedad machista y patriarcal. En ningún momento aparece información específica de la situación de los hombres que ejercen el trabajo sexual y que, posiblemente, en algunos casos, también están sometidos y controlados por este tipo de mafias, aunque carecemos de datos oficiales al respecto¹. Pero esta ausencia de consideración es la que encontramos en toda la literatura, científica o no, y en las legislaciones de todos los países con respecto a las personas que ejercen el trabajo sexual y que no son mujeres, es decir, caen en el olvido los colectivos de hombres y personas transexuales. De hecho, y a modo de ejemplo, el convenio citado al inicio de este apartado firmado por más de 80 países ante las Naciones Unidas, incluye el llamado “Protocolo para prevenir, suprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños”. Como sugiere Doezema (2004): “¿qué significa hablar de mujeres y niños/as en lo que a tráfico se refiere?, ¿qué características se supone que comparten las mujeres traficadas con los/las niños/as traficados/as?” (p. 152). Pero a esto habría que añadir ¿qué diferencia a los hombres o a otras personas para dejarlas fuera de este protocolo?. Como añade la misma Doezema parece ser que la víctima del tráfico debe ser sexualmente inocente y, por lo visto, los otros colectivos no son considerados como tales.

1.4 LA INDUSTRIA DEL SEXO COMO INDUSTRIA ECONÓMICA MUNDIAL

La industria del sexo tiene una importancia enorme en la economía mundial. Esto es debido a las implicaciones que tiene en el empleo, intercambio de divisas y la relación con la pobreza en muchos países. En torno a este sector se han creado grandes intereses tanto privados como gubernamentales (Osborne, 2004). Además, como propone Lean (2004), ninguna política será apropiada en torno al trabajo sexual a menos que dichas estrategias atiendan el problema económico. En este sentido, esta autora propone las siguientes bases económicas del trabajo sexual.

¹ A pesar de esta ausencia de datos oficiales, en el mes de agosto de 2010 se dismanteló por primera vez una red de trata de hombres con fines de explotación sexual en diferentes ciudades de nuestro país. En el Anexo III se adjuntan diferentes informaciones aparecidas en los medios de comunicación sobre esta noticia.

En primer lugar, los intereses económicos creados que financian y promueven el trabajo sexual obteniendo algún beneficio, superior al que obtienen las personas que ejercen el trabajo sexual. Estos intereses serían, por ejemplo, los establecimientos (legales o ilegales), los de los agentes individuales que se lucran con esta actividad ejercida por otras personas, las mafias o las familias que en algunos casos venden u ofrecen a miembros de la misma para el ejercicio del trabajo sexual para poder subsistir. En segundo lugar, las estructuras organizadas de la industria del sexo y los mecanismos relacionados con el tráfico. También incluye las políticas macroeconómicas de los gobiernos y la globalización, que contribuyen al crecimiento del trabajo sexual. Y por último, la pobreza y las precarias condiciones económicas y de vida que hacen que muchas personas se inicien y mantengan en el ejercicio del trabajo sexual.

Podemos intuir que las bases económicas de la industria del sexo son muy sólidas, puesto que de estos ingresos dependen tanto las propias personas que ejercen la actividad como muchas de sus familias así como todo tipo de negocios implicados de manera más o menos directa con este sector (locales de ocio, burdeles, clubes, alquileres de los locales o pisos, proveedores de comida, servicios de limpieza, hoteles, empresas de transporte, taxistas y otros intermediarios).

El sector del trabajo sexual es una industria cada vez más organizada, sumamente sofisticada con una relación, en ocasiones, muy estrecha con el resto de la economía nacional e internacional. Se hace necesario reconocer todo este movimiento en los datos económicos oficiales de los diferentes Estados y en sus planes de desarrollo para poder promover medidas sanitarias y otras redes de acción social dirigidas a detener la marginación asociada al trabajo sexual (Osborne, 2004). Pero, puesto que se trata de un negocio que mueve una gran cantidad de dinero, no resulta sencillo dismantelar su base económica, como ocurre con otras industrias sumergidas (Bindman, 2004).

1.5 ESPAÑA: EL CÓDIGO PENAL Y LA LEY DE EXTRANJERÍA

A lo largo de la historia reciente, España ha ido cambiando su postura con respecto al trabajo sexual según los gobiernos que ha tenido, yendo del modelo abolicionista en 1935 al reglamentarista en 1941, volviendo al abolicionista en el año 1956 con el decreto sobre Abolición de Centros de Tolerancia y otras Medidas relativas

a la Prostitución, reforzando esta postura con la adhesión en 1949 al Convenio de la ONU, sobre Represión de la Trata de Personas y de la Explotación de la Prostitución Ajena (GIAT, 2007; Pinedo, 2008a)

Mestre (2004) mantiene la tesis de que la legislación española es abolicionista desde el año 1956, puesto que en relación a las mujeres que ejercen el trabajo sexual aparecen regulados dos aspectos fundamentales del abolicionismo. Por un lado, una fuerte represión policial para hacer frente a la explotación y, por otro, programas especiales de reinserción para las víctimas. El modelo español considera a las mujeres que ejercen el trabajo sexual como víctimas de la dominación machista y de la sociedad patriarcal (Zabala, 2005). Como consecuencia de esta postura, los debates se centran solo en las mujeres y menores, dejando en un segundo plano a otras personas como los hombres, que también se dedican al trabajo sexual.

Pero Mestre (2004) añade que este abolicionismo se produce acompañado de algunos tintes reglamentaristas, puesto que existe un control del trabajo sexual sin ningún tipo de reconocimiento social. Según esta autora, esta postura es debida al lastre que supuso mantener la Ley de Peligrosidad Social hasta el año 1989. Concluye, que *“estas contradicciones se han resuelto reglamentando lo molesto sin reconocer la actividad”* (p. 245). En España no se reconoce el trabajo sexual (abolicionismo), pero es una actividad incómoda que hay que regular y ocultar (reglamentarismo).

Pero antes de continuar con la situación actual de la legislación española, y para comprenderla un poco mejor, vamos a hacer un breve repaso de las normas que la han acompañado en las últimas décadas. En el capítulo de historia se complementa la información de una manera más amplia a los largo de las diferentes épocas.

En relación al trabajo sexual ejercido por personas mayores de edad, es decir, de veintitrés años en aquel momento, el Código Penal de 1973 recoge ya la sanción al proxeneta, figura que incluía a quien protegía o promovía la prostitución de alguna persona dentro o fuera del Estado. Pero también sancionaba a quien reclutara personas para esta actividad o a quien obligara mediante engaño, violencia o coacción a otra persona en contra de su voluntad a ejercer esta actividad. Del mismo modo, incluía en estas sanciones a quienes fueran propietarios, gerentes o administradores de locales o a quienes alquilaran habitaciones para el ejercicio del trabajo sexual. Aparece y castiga la figura del rufián, es decir, aquella persona que vive de los beneficios que obtiene otra

explotándola con el ejercicio del trabajo sexual. Por explotación no se entiende el uso de la fuerza, sino las ganancias indebidas (Mestre, 2004).

En la reforma del Código Penal de 1989 se introduce la “adecuación de la rúbrica al bien jurídico protegido”. De esta manera, se añade la libertad sexual de cada individuo, se baja la mayoría de edad a los dieciocho años y se mantienen en vigor la ley sobre peligrosidad social. Con este planteamiento no cambia mucho la percepción de trabajo sexual en nuestro país.

En el año 1995 se produce una nueva reforma en cuanto a delitos relacionados con el trabajo sexual, donde desaparece tanto el proxenetismo como el rufianismo sin coacción. Se considera delito aquellos comportamientos que realmente atenten contra la libertad sexual de las personas. De esta manera, ser propietario de un local donde se ejerce el trabajo sexual no es delictivo, pero si el desarrollo de esta actividad no se realiza libremente sí lo es. Pero, según esta normativa, al ser un delito contra la libertad sexual hay que demostrar la coacción, el engaño o el abuso. Por estos motivos se considera que hasta esta fecha la legislación era abolicionista (Rubio, 2000).

Un año más tarde, 1996, la Unión Europea adopta una acción común para hacer frente al tráfico de personas y a la explotación sexual de menores. Así, en 1999 el Código Penal español sufre una nueva reforma sancionando a quien coaccione mediante engaño o abusando de una situación de superioridad, de necesidad o de vulnerabilidad a una persona mayor de edad a ejercer el trabajo sexual o a mantenerse en esta actividad. En opinión de Mestre (2004) con la aparición de la “vulnerabilidad” en esta reforma se sigue manteniendo un modelo abolicionista. Así el artículo 188 del Código Penal recoge:

«1) El que determine, empleando violencia, intimidación o engaño, o abusando de una situación de superioridad o de necesidad o vulnerabilidad de la víctima, a persona mayor de edad a ejercer la prostitución o a mantenerse en ella, será castigado con las penas de prisión de dos a cuatro años y multa de doce a veinticinco meses. 2) Será castigado con las mismas penas el que directa o indirectamente favorezca la entrada, estanco o salida del territorio nacional de personas, con el propósito de su explotación sexual, empleando violencia, intimidación o engaño, o abusando de una situación de superioridad o de necesidad o vulnerabilidad de la víctima. 3) Se impondrán además, las penas correspondientes en su mitad superior y, además, la pena de inhabilitación absoluta de seis a doce años, a los que realicen las conductas

descritas en los apartados anteriores prevaliéndose de su condición de autoridad pública, agente de ésta o funcionario público. 4) Si las mencionadas conductas se realizaren sobre persona menor de edad o incapaz, para iniciarla o mantenerla en una situación de prostitución se impondrá al responsable la pena superior en grado a la que corresponda según los apartados anteriores. 5) Las penas señaladas se impondrán en sus respectivos casos sin perjuicio de las que correspondan por las agresiones o abusos sexuales cometidos sobre la persona prostituida.»

A raíz de estas normativas, se trata de manera exclusiva el trabajo sexual de menores o de adultos incapacitados, penalizando actividades que induzcan, promuevan, favorezcan o faciliten la prostitución de estas personas. Respecto a los adultos sólo se considera delito cuando existe coacción, violencia, etc., para conseguir su ejercicio. A partir de este momento, el trabajo sexual individual está despenalizado aunque sumido en una situación de “alegalidad” ya que no se prohíbe y se tolera, pero no se reconoce los derechos laborales (Pinedo, 2008a). Al no reconocer ningún estatus o reconocimiento, esta “alegalidad” contribuye al estigma de las personas que ejercen el trabajo sexual (Zabala, 2005).

Con gobiernos más conservadores posteriores, se introduce alguna modificación con aires más prohibicionistas. Se cambia el título por el de “delitos contra la libertad y la indemnidad sexuales” y se introduce un nuevo apartado para proteger especialmente a las personas extranjeras, no consideradas trabajadoras, que es el denominado “de los delitos contra los derechos de los ciudadanos extranjeros” (Zabala, 2005).

Pero un aspecto que no podemos olvidar es el hecho de que un gran porcentaje de personas que ejercen el trabajo sexual son personas inmigrantes y cada vez en mayor número (Pinedo, 2008a). Así, la legislación sobre extranjería va a afectar también a todas aquellas personas que ejercen el trabajo sexual, no sólo en calidad de personas sino también en la conceptualización que se da del trabajo en el sistema jurídico (Mestre, 2004; Zabala, 2005).

Según la normativa vigente, para que una persona migrante pueda permanecer en nuestro país ha de contar con un contrato de trabajo, que debe tener antes de abandonar su país de origen. Esto es lo que le permitirá la regularización. Como vemos, los derechos en nuestro sistema dependen de la contribución que se haga al país (Mestre, 2004). De esta forma, ninguna persona que ejerza el trabajo sexual va a poder

recibir ninguna oferta laboral en nuestro país puesto que esta actividad no tiene consideración de trabajo.

Muchas personas vienen con un visado de turistas de tres meses de duración. Al cabo de este tiempo, pasan a una situación de ilegalidad, lo que hace que no puedan optar a ningún tipo de trabajo, acabando en trabajos clandestinos de baja cualificación, con bajos ingresos económicos y sin contrato laboral. La necesidad de conseguir ingresos económicos suficientes para vivir en el país de destino y poder ayudar a la economía familiar en el país de origen hace que muchas personas valoren entrar en el ejercicio del trabajo sexual para poder subsistir y obtener ingresos de una manera rápida (Pinedo, 2008a).

Pero otras personas acceden a nuestro país por medio de redes de tráfico de seres humanos. El Código Penal de 2000 endurece las penas relativas a este delito. Esta reforma añade que quedan exentas de penalización y de expulsión aquellas personas que hayan entrado de manera irregular y hayan sido víctimas de la explotación sexual, siempre que denuncien su situación ante las autoridades, proporcionando pruebas suficientes al respecto. La reforma de 2003 afirma que las penas serán para las personas que se lucren por medio de violencia, engaño o intimidación o hagan uso de la vulnerabilidad de otras personas, poniendo en riesgo su salud o integridad personal.

En los años posteriores se mantiene el discurso a nivel oficial (tanto la mayoría de partidos políticos como el Ministerio de Igualdad) de entender a las personas (principalmente y, una vez más, a las mujeres) que ejercen el trabajo sexual como víctimas bien de la sociedad patriarcal bien de la trata de personas. En este sentido los últimos debates y comisiones parlamentarias que han tenido lugar en el Congreso (años 2004, 2007 y 2009) han rechazado la legalización y regularización de la industria del sexo en nuestro país puesto que no consideran posible separar el ejercicio del trabajo sexual del tráfico de la explotación de seres humanos.

Por otro lado, diferentes normativas autonómicas o locales actuales pretenden hacer frente a la industria del sexo en nuestro país bien castigando a los clientes por contratar servicios sexuales (Granada o Sevilla) bien con ordenanzas que regulan el orden público, sancionando tanto a clientes como a personas que ejercen el trabajo sexual en la calle, olvidando el resto de espacios donde se produce intercambio sexual comercial. En este sentido, a principios de 2010, la Federación Valenciana de Municipios y Provincias ha promulgado una Ordenanza de Protección del Espacio

Público en cuyo Capítulo Cuarto se regula y sanciona la “Utilización del espacio público para el ofrecimiento y demanda de servicios sexuales” (FVMP, 2010).

En conclusión, siguiendo el hilo aún válido hoy de Ballester y Gil en 1996, en nuestro país el trabajo sexual no está penado en sí mismo y aunque las leyes se han elaborado pensando en las mujeres que se dedican a esta actividad, no existen distinciones legales entre las mujeres, los hombres o las personas transexuales que ejercen el trabajo sexual en España.

1.6 ALGUNOS CASOS CONCRETOS: HOLANDA, SUECIA, ITALIA, ARGENTINA, MAGREB, REPÚBLICA DEL CONGO Y NUEVA ZELANDA.

A continuación se presentan algunos ejemplos de la consideración legal y social que tienen diferentes países hacia el trabajo sexual, las personas que lo ejercen y las personas usuarias. Con estos modelos vemos cómo cada país mantiene posturas diferentes, ya sea dentro de Europa como en otros continentes. Por otra parte, estos patrones nos sirven de muestra de cada una de las posturas que hemos presentado ante el trabajo sexual con anterioridad.

1.6.1 HOLANDA

En el año 2000 se aprobó por ley la despenalización de la industria del sexo. Esta legislación penaliza tanto el trabajo sexual como el beneficio obtenido del mismo sólo cuando éste sea ejercido mediante el uso de la violencia, las amenazas, engaño o abuso de autoridad. Por el contrario, el ejercicio del trabajo sexual está permitido cuando las partes implicadas consienten de manera libre. De esta forma han aumentado las sanciones para los casos de abuso, violencia y engaño.

Además, la industria del sexo en Holanda pasa a estar sujeta a la legislación laboral y civil. De hecho, las personas que se dedican al trabajo sexual tienen los mismos derechos legales y protección que el resto de trabajadores del país.

Como la actividad en sí misma no está prohibida, los locales donde se lleva a cabo el trabajo sexual deben conseguir las licencias adecuadas pasando una serie de controles de higiene, seguridad, etc.

Pero en esta ley no todo es positivo. En vez de implantarse medidas positivas que mejoren la situación de las personas trabajadoras del sexo, se han desarrollado instrumentos para controlar la industria. De esta manera quedan en el aire aspectos como la emancipación laboral de las personas que ejercen esta actividad, las políticas en contra de la discriminación y el estigma o los subsidios sociales (Azize, 2004). Un aspecto fundamental, a la vez que incoherente, de esta legislación es el hecho de que el trabajo sexual es la única actividad laboral por la que no es posible obtener un permiso de trabajo en Holanda. De esta manera, las personas inmigrantes quedan, de nuevo, excluidas de ciertos derechos y servicios aumentando la clandestinidad.

A diferencia del modelo reglamentarista, la legislación holandesa regula la actividad pero sin otorgar todos los derechos a las personas trabajadoras del sexo, aunque supone la despenalización de la industria de sexo siempre que sea una actividad libremente escogida.

1.6.2. SUECIA

En Suecia el trabajo sexual es considerado una afrenta contra la igualdad de género (en clara referencia a las mujeres trabajadoras sexuales) y un problema de Estado (Kulick, 2004). En este sentido, la ley aprobada en 1998 penaliza la compra o el intento de compra de una relación sexual. De hecho, se penaliza más a los clientes que a las propias personas que ofertan sus servicios, con penas de prisión de hasta cuatro años.

Esta legislación no considera que el trabajo sexual pueda ser una actividad de libre elección y parte de que las personas que ejercen esta actividad no puedan estar socialmente bien adaptadas. Se considera a las persona profesionales del sexo como víctimas a las que hay que ayudar a que dejen el negocio del sexo (Kalwahali, 2009).

Un informe del Consejo Nacional de Bienestar Social (Socialstyrelsen, SOS, 2000) indica que esta ley no ha supuesto una disminución de trabajadoras sexuales de calle. En cambio sí han aumentado los anuncios por Internet, los burdeles (entendidos como pisos en la periferia de las grandes ciudades donde las mujeres trabajan de manera opresiva) y las dificultades que los trabajadores sociales tienen para ponerse en contacto con las personas que ejercen el trabajo sexual. Las trabajadoras del sexo dicen que han

tenido que aceptar clientes peligrosos que no habrían aceptado en otras condiciones, cuando había una mayor cantidad de clientes y más capacidad de elección.

Pero otras voces defienden la estrategia del gobierno sueco, argumentando que el fracaso de la ley durante sus dos primeros años de vigencia fue debido a la pasividad de la policía para ponerla en marcha. Superado este momento y resuelto este problema mediante la formación de fiscales y cuerpos de seguridad, se disminuyó la trata de personas con fines sexuales, el número de trabajadoras sexuales en dos tercios y el de clientes en un 80% (De Santis, 2004).

En definitiva, el caso de Suecia llama la atención puesto que este país ha sido siempre un país pionero en avances sociales y sexualidad (por ejemplo, en 1965 ya penalizó la violación dentro del matrimonio) y, al mismo tiempo, la ley sobre trabajo sexual sueca es una de las más severas del mundo.

1.6.3. ITALIA

Italia es un claro ejemplo de legislación abolicionista. Su ley, aunque modificada en 1989, data del año 1958. Esta ley llamada “Ley Merlin” (Abolición de la regulación de la prostitución y la lucha contra la explotación de la prostitución ajena) incluida en el Código Penal pretende reprimir la explotación y la organización de la industria del sexo sin criminalizar directamente a la persona que ejerce el trabajo sexual (excepto lo referente al delito de seducción). En este sentido incluye la recuperación social de las prostitutas y de las mujeres víctimas del tráfico que deseen cambiar de vida (Covre, 2004).

La “Ley Merlin” italiana prohíbe los locales donde se ejerza el trabajo sexual, de manera que toda actividad ocurre en la calle. Además castiga cualquier acción que favorezca el trabajo sexual y a toda persona que en público promueva el “libertinaje” sexual. La preocupación subyacente a esta ley es la “defensa moral” de la sociedad. Esta ley tiene de positivo que defiende a las personas trabajadoras del sexo de cualquier discriminación y contiene normas para luchar contra la trata de personas (penas de prisión de entre dos y seis años).

1.6.4. ARGENTINA

En Argentina la prostitución se reglamentó en el año 1824 y no se modifica en la capital, Buenos Aires, hasta 1935 cuando por medio de una ordenanza municipal “abolicionista” se suprimen las casas de tolerancia donde se permitía el ejercicio del trabajo sexual. Un año más tarde, 1936, la ley de “profilaxis venérea” recoge en su artículo 15: “queda prohibida en toda la república el establecimiento de casas de tolerancia o locales donde se ejerza la prostitución o se incite a ella” (B.O., 11-01-1937). En 1944, se modifica este artículo permitiéndose el ejercicio del trabajo sexual en aquellos lugares autorizados por la Dirección Nacional de Salud Pública, por lo general lugares distantes y aislados geográficamente (Romi, 2006).

La misma ley del año 1936 recogía, en su artículo 17, el castigo con multa a aquellas personas que regenten o administren “casas de tolerancia”. También en 1944 se añade a este artículo que el ejercicio libre de una mujer en su propia casa del trabajo sexual no constituye delito alguno. Se suprime de esta manera el prostíbulo, pero no el trabajo sexual.

En la actualidad estos artículos están derogados desde el año 1957, de manera que se mantiene la prohibición del ejercicio del trabajo sexual en cualquier espacio.

1.6.5. PAÍSES ÁRABES: MAGREB

La única forma que reconoce el Islam para mantener relaciones sexuales es por medio del matrimonio. El resto de relaciones amorosas o sexuales están prohibidas. Y, entre ellas, por supuesto, el trabajo sexual (Office Fédéral des Réfugiés ODR, 2000). El papel de las mujeres es básicamente el de la reproducción dentro del matrimonio. Los padres han de asegurarse de la virginidad de sus hijas hasta el mismo. Debido a estas creencias tradicionales tan restrictivas, los hombres buscan refugio sexual con otras mujeres y de otras formas antes del matrimonio: trabajadoras sexuales, concubinas, etc. De esta manera, el trabajo sexual es una de las formas más comunes en los países musulmanes de satisfacer las tensiones sexuales de los hombres.

A pesar de esta supuesta “aceptación” social del trabajo sexual, las diferentes legislaciones de los países musulmanes penalizan el trabajo sexual y su promoción. A continuación se presenta un breve análisis de algunos de estos países y su consideración hacia el trabajo sexual basado en el informe de l'Office Fédéral des Réfugiés (2000). En

general todos estos países no sancionan el ejercicio del trabajo sexual como una manera de proteger a las personas que lo ejercen, sino que éstas son castigadas por ir en contra de la moral imperante en estas culturas.

En Argelia el ejercicio del trabajo sexual es ilegal y está castigado con penas que van desde los dos a los cinco años de prisión más una sanción económica. Son agravantes ejercer en presencia de menores de 19 años y el proxenetismo. El trabajo sexual en Argelia es una forma de ganarse la vida y de hacer frente a la pobreza de gran parte de la población. Esta actividad se ejerce sobre todo en las calles, discotecas, bares, casas organizadas y hoteles, aunque también la encontramos en carreteras o en otros lugares menos habituales como pizzerías o restaurantes. En los últimos años se ha producido un aumento del trabajo sexual ejercido tanto por mujeres como por hombres, pero también de menores, apareciendo nuevos problemas a nivel social y sanitario.

Por su parte, en Egipto oficialmente el trabajo sexual es ilegal aunque tolerado pero la ley diferencia entre clientes hombres que no pueden ser castigados y clientas mujeres que sí lo son puesto que ellas deben llegar vírgenes al matrimonio. Las autoridades egipcias han tomado estas decisiones para luchar contra los comportamientos que consideran desviados. El deterioro de la economía ha producido un aumento de personas que se dedican a esta actividad principalmente en grandes ciudades como El Cairo. Las zonas rurales siguen manteniendo sus creencias sobre la protección de las mujeres jóvenes y de su virginidad.

En Libia las leyes van más allá y las personas que ejercen el trabajo sexual o lo promueven son castigadas a recibir latigazos en público. Aunque la sociedad libia es mayoritariamente tradicional y conservadora, el trabajo sexual está proliferando en el país no solo por el aumento de trabajadores extranjeros sino por el aumento de la oferta de tales servicios.

Por su parte Marruecos penaliza el trabajo sexual con seis meses de prisión y una sanción económica. En la línea de otros países del Magreb, la sociedad marroquí acepta que los hombres sean usuarios de los servicios sexuales de otras personas, pero las mujeres han de mantenerse vírgenes hasta el matrimonio. Las personas que ejercen esta actividad lo hacen habitualmente en las grandes ciudades (en la calle o en casas organizadas) y como forma de salir de la pobreza, como en el caso de madres solteras o de familias con muchas hijas que se desprenden así de alguna de ellas.

Por último, en Túnez también es ilegal el trabajo sexual y está penado con entre seis meses y tres años de cárcel y una multa económica. El proxenetismo también supone una pena de prisión de entre uno y tres años acompañado de una sanción monetaria. A pesar de esto, en el año 1995 el gobierno del país aceptó como legales a 68 mujeres trabajadoras del sexo con la idea de impedir la clandestinidad y el abuso de menores. Las autoridades tunecinas mantienen el discurso de que con la mejora de la calidad de vida del país, la disminución de la pobreza y la inclusión de la mujer en el mercado laboral, la actividad del trabajo sexual irá disminuyendo.

En conclusión, en estos países las personas que optan por un comportamiento considerado desviado para estas sociedades, como puede ser el ejercicio del trabajo sexual o la compra de estos servicios, son perseguidas por la ley, obligándolas a la exclusión y a la clandestinidad. A pesar de que las leyes en estos países son, en general, muy punitivas, en la práctica los gobiernos suelen ser bastantes tolerantes en el caso de los hombres e intolerantes con las mujeres.

1.6.6. ÁFRICA: REPÚBLICA DEL CONGO

Ante la dificultad de obtener datos relativos a la situación del trabajo sexual en este continente, planteamos como ejemplo la República del Congo, que suponemos no representativa de la totalidad de países africanos, pero sí nos orienta de cómo puede ser el planteamiento básico de otros países africanos ante este fenómeno.

En este país africano, no está penado ni el ejercicio del trabajo sexual ni contratar los servicios de las personas que los ofrecen pero su código penal considera una ofensa vivir de los beneficios que otras personas obtienen con el trabajo sexual. Lo que está penado en la ley del Congo es el proxenetismo o el abuso de otras personas. En este sentido, se penaliza el reclutar a otras personas para la industria del sexo o el poseer un local donde se ejerce esta actividad (Kalwahali, 2009). La oferta de servicios sexuales en lugares públicos o la adquisición de éstos no está penado puesto que las autoridades ignoran conscientemente de alguna manera su existencia.

1.6.7. NUEVA ZELANDA

El caso de este país es muy especial por su normativa. Las últimas modificaciones en sus leyes han ido encaminadas a despenalizar el trabajo sexual y a las personas usuarias organizando completamente la industria del sexo en el país

(Kalwahali, 2009). Esta normativa propone un marco jurídico que busca salvaguardar los derechos de las personas trabajadoras del sexo y evitar su explotación, promover su asistencia social, ocupacional y sanitaria, considerando el trabajo sexual como algo propicio para la salud pública. Esta legislación castiga a aquellas personas que reclutan por la fuerza a otras para el ejercicio del trabajo sexual.

En lo que respecta a la salud, la responsabilidad ha de ser compartida tanto por los dueños de los locales de trabajo sexual, como por los clientes y las personas que ejercen directamente esta actividad. En este sentido, la ley obliga a los dueños de los locales a promover y adoptar estrategias de sexo seguro. Pero lo mismo se propone para las personas profesionales del comercio sexual y sus clientes. La ley no propone la existencia de registros para las personas que ejercen el trabajo sexual ni controles médicos obligatorios.

A lo largo de este capítulo, en el que se han presentado las diferentes posturas sociales, morales y legales existentes en la actualidad, hemos constatado cómo la discusión en torno al trabajo sexual sigue abierta. El trabajo sexual existe, de manera autorizada o encubierta y en todo el mundo, aunque presenta notables variaciones entre los países y grupos humanos en lo que se refiere a sus características y formas de organización (Bayés, 1995). El debate continúa tanto en la creación de leyes como a nivel social y moral. También hemos comprobado cómo hablar tanto de prostitución como de trabajo sexual, en cualquier ámbito, supone hacer mención casi exclusiva a las mujeres que ejercen esta actividad y a sus clientes hombres, ignorando tanto a hombres y personas transexuales que también se dedican a ella y a las mujeres usuarias de estos servicios.

Es cierto que cada vez está cobrando más fuerza la voz de las protagonistas más desfavorecidas en el trabajo sexual, aunque sólo las de ellas, las mujeres que ejercen el trabajo sexual. Sin embargo, sus palabras no serán escuchadas hasta que se deje de entender el trabajo sexual desde un punto de vista, exclusivamente, moral (Bimbi, 2007).

CAPÍTULO 2.

BREVE HISTORIA DE LA “PROSTITUCIÓN”

CAPÍTULO 2. BREVE HISTORIA DE LA “PROSTITUCIÓN”

2.1. HISTORIA DEL TRABAJO SEXUAL EJERCIDO POR MUJERES

Posiblemente, el emperador Justiniano en el siglo VI fue el primero en dar una definición de la “prostitución” en la que hacía referencia a las “mujeres que se entregan a los hombres por dinero y no por placer” (Sau, 2000). A pesar de los siglos transcurridos, dicha acepción de la prostitución, como hemos visto en el capítulo anterior, sigue presente en las definiciones que se plantean en la actualidad sobre “trabajo sexual”.

Posiblemente, lo que se ha llamado tradicionalmente “la profesión más vieja del mundo” (Ballester y Gil, 1996) fuera en sus inicios una “prostitución sagrada” que, con el final de la sociedad matriarcal y la aparición del patriarcado, pasó a ser considerada como una actividad amoral, dejando de ejercerse en el templo y trasladándose a la calle (Choisy, 1964). Así, en las diferentes culturas y regiones, la “sacerdotisa” fue considerada la “ramera más vulgar” (Sau, 2000). La prostitución sagrada surgió en **Babilonia** hace más de dos mil años y se extendió por otros países como Egipto, Fenicia y Grecia. De hecho, en la India todavía hoy existe este tipo de consideración hacia las “prostitutas”. Pero esta forma de entender la “prostitución” no significa que estas sociedades no tuvieran tabús sexuales (Choisy, 1964). Sin embargo, no todos los autores están de acuerdo con esto. Algunos consideran que la prostitución sagrada respondía a unos motivos y mecanismos que nada tenían que ver con lo que hoy consideramos “prostitución” (Rubio, 1999).

Sau (2000) plantea una crítica hacia la mayoría de autores que consideran la prostitución sagrada como la elevación de la “prostituta” al rango de sacerdotisa del amor, es decir, como no-prostitución. En este sentido, afirma que la prostituta sagrada no tenía la posibilidad de negarse a mantener relaciones sexuales con el hombre que la eligiera, de manera que contradice a otros autores como Martín-Cano (2001) que defienden que este estatus de sacerdotisa suponía una libre elección de la manera de vivir la sexualidad de las mujeres.

En la prostitución sagrada las mujeres tenían la obligación de entregarse a cualquier extranjero que las solicitara lanzándoles una moneda. El acto sexual tenía lugar en el interior del templo y el dinero era para el culto de la diosa. Esta situación se

transformó con el final de la era del matriarcado, siendo éste el momento en el que las sacerdotisas perdieron este prestigio social y moral y tuvieron que abandonar los templos y trasladarse a la calle. A partir de entonces, para las mujeres, pasar por esta situación era condición obligatoria antes de poder casarse y, a partir de ese momento, podían negarse a otros hombres de manera legítima.

En **Babilonia**, las sacerdotisas eran mujeres que no podían tener hijos, dedicándose a la “prostitución sagrada”. Las “nadiatu” o “lukur” podían casarse, pero al no poder tener hijos, el hombre se buscaba otra esposa o mantenían sexo anal. Estas mujeres eran las que administraban la economía familiar y eran las poseedoras de todos los bienes de la familia; de hecho, la mayoría de ellas, provenían de familias acaudaladas y gozaban de independencia y autonomía económica. Las “nadiatu” ejercían de prostitutas sagradas en ciertos momentos. Pero algunos estudios proponen que la concepción de estas mujeres como sacerdotisas y prostitutas sagradas se debe a una interpretación equivocada de los textos sobre sexualidad de la época y que solo se podría afirmar de manera contundente que dichas mujeres autónomas tenían un buen estatus religioso y moral (Rubio, 1999).

En el **mundo griego**, además, se consideraba esta acción de la “prostitución sagrada” también como un rito de fecundidad. Choisy (1964) nos presenta cómo Heródoto, historiador griego, describe estas situaciones en los templos griegos: *“toda mujer nacida en el país debe, una vez en su vida, sentarse en el recinto de Afrodita, y tener allí contacto sexual con un extraño. (...) Una vez la mujer se ha sentado en su sitio no puede volver a su casa hasta que uno de los extraños le arroja en el regazo una moneda de plata y la lleva con él fuera del terreno sagrado. Cuando arroja la moneda él dice: te convoco en el nombre de la diosa Mylitta. La moneda de plata (...) no se la puede rehusar, pues está prohibido por ley, dado que una vez arrojada es sagrada. La mujer va con el primer hombre que le arroja dinero y no rechaza a nadie. Cuando ha copulado con él, satisfaciendo así a la diosa, vuelve a su casa”*. (p. 135).

A pesar de todo lo expuesto, algunos autores dudan de la existencia de la “prostitución sagrada” como tal en el Mundo Antiguo y afirman que esta idea se forjó de la interpretación que se hizo desde el patriarcado acerca del poder y de la autonomía que poseía la mujer en la entonces sociedad matriarcal (Rubio, 1999).

En Atenas, se estableció la institución del matrimonio y la familia patriarcal, por primera vez, en época de Cecrops (Martín-Cano, 2001), primer rey ateniense según la mitología griega. Pero, la evolución de la “prostitución sagrada” en el mundo griego, lleva a que se acabe reclutando para el ejercicio de la “prostitución” a esclavas importadas para este fin, que contaban en el “lupanar” (casa de prostitución) con una celda donde cumplir su trabajo forzado. Por otro lado, en Grecia, el privilegio de andar solas por las calles pertenecía a las “hetairas” (prostitutas finas), de manera que el resto de mujeres no podían ir solas (Vera-Gamboa, 1998). Estas “prostitutas con clase” eran mujeres de edad adulta, que se habían formado en el arte de la seducción y frecuentadas principalmente por artistas, escritores y políticos que se convertían en sus protectores. Éstos contrataban sus servicios durante varias semanas o meses, y éstas le acompañaban por la calle e, incluso, a la asamblea o a diferentes banquetes. Además, se alojaban en la casa del protector sin que la esposa pusiera ninguna objeción. En general, el ritmo de vida que llevaban las “hetairas” estaba rodeado de lujos (Vanoyeke, 1990).

Pero al mismo tiempo, en Atenas encontramos otro tipo de prostitución. Las denominadas “pornai”, mujeres jóvenes que no contaban con los privilegios de las “hetairas”. Por lo general se trataba de chicas abandonadas por sus padres en la infancia y recogidas bien para convertirse en esclavas bien para ejercer la prostitución. El ejercicio de su actividad lo llevaban a cabo en los lupanares. En este tipo de prostitución, al contrario que en las “hetairas”, sí existía la figura del proxeneta (Vanoyeke, 1990).

En **Roma**, con la instalación de la cultura patriarcal, las prostitutas eran reclutadas entre la población penal femenina y, de esta manera, no necesitaban gastos de manutención. Pero, además de esto, el “pater familias” tenía la potestad de poder vender o alquilar tanto a la esposa como a las hijas para la “prostitución”. Las prostitutas no esclavas eran las que vivían en situación de extrema pobreza y se les privaba de casi todos los derechos y se les obligaba a vestir únicamente con una toga infamante (Sau, 2000). Esta discriminación en la vestimenta u otros aspectos de imagen también la encontramos, como veremos más adelante, en otras épocas de la historia.

En la **Edad Media**, con la expansión del cristianismo, aparece una doble moral con respecto a la “prostitución”. San Agustín y Santo Tomás la consideran necesaria puesto que permite preservar la honestidad de las mujeres casadas y la virginidad de las

solteras, pero hacia las “prostitutas” se mantenía una postura de deshonra y oprobio. (Sau, 2000).

También el santo valenciano Vicente Ferrer defendía que se debía tolerar estos lugares públicos “*para evitar otros vicios mayores*” (Carboneres, 1876, p. 10). A continuación vamos a plantear brevemente la situación de la “prostitución” en el **siglo XIV** en Valencia, en la que como el propio Carboneres (1876) indica, sus normas eran casi las mismas que en el resto de España. Cabe destacar aquí la importancia de la información obtenida con este documento, tanto por su antigüedad, como por profundizar en la situación del trabajo sexual en la Edad Media en la ciudad de Valencia, una de las ciudades donde se ha centrado nuestra investigación con Trabajadores Masculinos del Sexo.

En el año 1340, en la ciudad de Valencia, se promulgó una ley que obligaba a las “mujeres públicas” a que abandonaran calles y tabernas y se fueran a vivir al burdel de la ciudad, que estaba ubicado a las afueras. Aquellas que desobedecieran este mandato serían castigadas a ser azotadas por la calle y pagar una multa. Cinco años más tarde se funda una casa en la que estuvieran aisladas todas las mujeres “de mala vida” que quisieran abandonar ese camino. Tal fue el éxito de este establecimiento que en el año 1362 se aprueba la creación de otra “casa de las arrepentidas” de mayor tamaño, donde serían mantenidas.

Es en estos años cuando encontramos la primera referencia a un castigo o multa, ya no a las mujeres que ejercían la “prostitución” sino a los clientes. Así, en el año 1355, se ordenó en Valencia que las “mujeres de mal vivir” que provocaran escándalos en calles o estuvieran en tabernas acompañadas de algún hombre, serían castigadas. Pero no solo ellas, la multa recaería también, como dice Carboneres (1876), “*en el señor y en el mesonero y en la mujer que de allí saliera*” (p. 50).

En el año 1385, el gobierno de la ciudad ordenó que en la Semana Santa las mujeres que ejercían la “prostitución” fueran encerradas en la casa de la penitenciaría, pagando el propio gobierno su manutención estos días. Esta situación se fue ampliando a otras festividades religiosas y cuando había un jubileo. Más tarde, en el siglo XVII, las autoridades ejercían tal presión que no había fiesta de mayor o menor importancia que no fueran encerradas.

A principios del **siglo XV**, la situación de “inmoralidad” era tal en todos los sectores sociales de la ciudad que hasta los conventos y las casas de oración estaban convertidos en verdaderos burdeles, donde las “mujeres de mala vida” se dejaban ver si ningún problema. Así, la misma Iglesia propuso castigar a todos sus fieles que cometieran ciertas atrocidades. A pesar de todo, el caso omiso que se hacía a las posibles amonestaciones hizo que en 1444 la propia Reina Doña María (mujer de Alfonso V) ordenara el amurallamiento del burdel de la ciudad para poder mantener separadas a todas las “mujeres de mala vida”. Finalizadas las obras de la muralla, el gobierno de la Ciudad permitía que las mujeres trabajaran allí y los hombres pudieran visitarlas, pero ellas debían pagar una cantidad diaria al “hostaler” (regente del burdel) para su manutención, dinero que éste haría llegar a las autoridades.

Pero tales eran los abusos que los “hostalers” cometían hacia las mujeres del burdel que en el año 1502 el Consejo de la ciudad prohibió que ningún “hostaler” aceptara en estos locales a ninguna mujer sin que la presentara a dicha autoridad y ésta diera el visto bueno. De esta manera se pretendía controlar tanto los abusos a las “prostitutas” como los fraudes que cometían los regentes del establecimiento ante el Consejo.

Por otro lado, y siguiendo en Valencia, la primera referencia a la salud de las mujeres que vivían en los burdeles es del año 1548 cuando las autoridades obligaron a un cirujano a reconocer a todas las mujeres del establecimiento para que, en caso de estar sanas, pudieran dedicarse a la “prostitución” (Carboneres, 1876). En 1562, la ley sobre las enfermedades de las mujeres obliga al “hostaler” a informar al cirujano de toda mujer que cayera enferma en su local. Si se confirmara el llamado mal de “sement” (sífilis), la mujer no podía continuar en aquella casa, siendo trasladada al hospital y pagaría una multa. En 1598 se establece que los reconocimientos médicos a las mujeres del burdel se lleven a cabo dos veces al año.

Es en el **siglo XVII** cuando deja de existir el burdel en Valencia, siendo éste cerrado yendo las mujeres a vivir a la ciudad y ejerciendo, de nuevo, por sus calles. Desde mediados de este siglo, ya sea por desinterés en el cumplimiento de las normas ya sea porque no se quisiera que dicho foco de inmoralidad se concentrara todo un punto determinado, no aparecen leyes ni ordenanzas sobre el “lupanar” en la Ciudad de Valencia (Carboneres, 1876).

Durante estos siglos, como hemos visto, se aceptaba que en los burdeles (también llamados “lugares públicos”) se tolerara y facilitara que las mujeres pudieran “vivir de las ganancias de sus cuerpos” puesto que gracias a ello (y en esto había una opinión unánime de la población, autoridades, personalidades eclesiásticas, administradores de los burdeles...) “*se dejaban de cometer grandes perjuicios y otros escándalos*” (Carboneres, 1876, p. 86). De hecho, ya hemos visto que las que ejercían en la ciudad eran castigadas.

Acabamos de presentar, a groso modo, la situación de la mancebía en el Reino de Valencia. A continuación planteamos, de una manera muy breve, la situación de la “prostitución” en el Reino de Castilla en este periodo, donde pocas diferencias vamos a encontrar con Valencia. Para ello, comentaremos algunos aspectos de dos grandes ciudades andaluzas, Sevilla y Granada, que reproducen cómo fue el fenómeno de la “prostitución” en otras ciudades del Reino (Moreno, 1998).

En estas ciudades era también el ayuntamiento quien controlaba y gestionaba la “casa pública” (burdel). Y no fue hasta finales del siglo XVI cuando esto se pusiera en entredicho, pues hasta el propio monarca defendía este funcionamiento. Fue hacia 1580 cuando comenzó a fraguarse el cambio en cuanto a la existencia de los burdeles, con la aparición en el Reino de Castilla de unos clérigos jesuitas (Teatino o Compañía de Jesús). Con ellos finaliza la concepción de la prostitución como mal menor, es decir, la idea de que más valía regularlo y controlarlo que dejarlo al libre albedrío. Pero la llegada de los jesuitas y su poder dentro de la Iglesia Católica supone una ruptura radical con este posicionamiento. La mancebía es entendida como “un foco de corrupción que puede llevar a toda la ciudad a la condenación eterna” (Moreno, 1998, p 53). El poder que tenían los jesuitas era tal que a los dos años de la fundación de la Compañía, se creó en Roma la Casa de Santa Marta, institución ideada para aquellas mujeres que quisieran abandonar el oficio y optar por una opción “más santa de vida”.

En Granada, como estos religiosos no podían todavía optar al cierre de los burdeles, hicieron lo posible por obstaculizar su funcionamiento. Así, se colocaban en las puertas de estos establecimientos, en los días festivos, y recitaban sermones a los clientes que se acercaban por allí. En ocasiones, incluso, entraban por sorpresa en el recinto y obligaban a “prostitutas” y clientes a escuchar sus mensajes sobre la vida de

pecado que estaban llevando. Lo mismo ocurría en los burdeles de Sevilla. Esta forma de actuar se fue extendiendo a otros muchos días que no constituían ninguna festividad.

Es en Sevilla donde se empieza también la batalla contra las mujeres que ejercían en las calles. Aunque la actuación comenzó desde el punto de vista de la asistencia espiritual, pronto derivó en recogerlas y apartarlas de las calles. Para ellas y otras mujeres de burdeles y casas secretas se había creado también la Casa de las Arrepentidas a principios del siglo XVI. A las mujeres que encontraban fuera del burdel también se les ofrecía otras opciones para recuperar el orden familiar que habían abandonado: a las casadas se les reconciliaba con el marido y a las solteras se les buscaba marido y se les daba una dote (Moreno, 1998). A raíz de esto, muchas de ellas fingían el arrepentimiento para obtener el beneficio económico. Muchas veces pactaban con algún hombre el reparto de dicha cantidad de dinero y una vez fuera de la ciudad cada uno tomaba su propio camino.

En estos momentos, la lucha de los jesuitas era el cumplimiento exacto de las diferentes normas relacionadas con los burdeles, pensando que la falta de clientela en estos establecimientos pararía la creación de nuevos locales y acabaría cerrando los ya existentes. Cerrados estos espacios, el comercio carnal sería ilegal y más fácil de controlar. Pero con el relevo generacional, la postura de la Compañía de Jesús ante la prostitución se endurece consiguiendo el cierre de los burdeles hacia el año 1623.

Si bien hasta el momento la postura era de respeto a las prescripciones y ordenanzas reales, como hemos visto, se da paso ahora a la exigencia más radical de la prohibición de toda mancebía en el reino. El cierre de las casas públicas era imprescindible para conseguir una campaña eficaz de moralización pública (Moreno, 1998). Con estas premisas se llega a la ruptura entre jesuitas y autoridades locales. Las autoridades locales ordenaron que se encarcelara a cualquier religioso o seglar que se entrometiese en el burdel. A pesar de todo, la presión religiosa estaba dando resultados y cada vez eran menos las mujeres que accedían a trabajar en este problemático establecimiento y más las que pasaban a establecerse en la calle.

Por su parte, los jesuitas intentaban ganarse al rey, lo que consiguieron con el ascenso al trono de Felipe IV y su valido, el Conde Duque de Olivares. Con esto, el destino de estos establecimientos estaba echado. A principios de febrero del año 1623 se firmaba el decreto que ordenaba cerrar todas las casas públicas del reino (Moreno,

1998). A partir de entonces, todas las mujeres que allí trabajaban se unieron a aquellas que tiempo atrás ya se habían trasladado a las casas secretas o a las calles de la ciudad.

Pero en otros países, durante el Medievo, la “prostitución” también se expandió e institucionalizó, especialmente en el ámbito urbano (Waiman, 2008). Tras el descubrimiento de América, en 1526, se abrió la primera “casa de mujeres” en Puerto Rico. La razón fue mantener la honestidad de la ciudad y de las mujeres casadas en ella (Sau, 2000). Podemos apreciar también aquí la consideración de la “prostitución” como una acción funcional, es decir, como indica Waiman (2008), como un mal necesario del sistema socioeconómico que sirve para proteger el honor de las mujeres casadas, pero también para alejar a la sociedad del mal que les amenaza, la sodomía, entendida en esta época como infidelidad.

La fundación de burdeles por toda Europa pretendía ser el freno a la lujuria y los maridos insatisfechos (Moreno, 1998). También en la mayoría de ciudades de Francia existía un “prostibulum publicum”, construido y regentado por las autoridades municipales (Rossiaud, 1986). Este lugar estaba regentado por la “abadesa” o un gerente que tenía el monopolio de la profesión. Como ya hemos visto en España, también aquí la aceptación final de una mujer en el establecimiento dependía del oficial de justicia de la ciudad. Pero a diferencia de la situación en Valencia, el burdel francés no era un espacio cerrado, sino que las “prostitutas” podían, durante el día, habitar por ciertas calles y tabernas, aunque tenían que llevar a sus clientes a la “buena casa”.

Otra diferencia con la situación española del Medievo es que, en Francia, además del burdel, existían varias “casas de tolerancia”, como los baños públicos. Estos baños tenían dos finalidades, la honesta (el propio servicio de baño) y la deshonesta, la ejercida por las prostitutas, que tenían el acceso restringido a ciertas horas, y los proxenetas (Rossiaud, 1986).

Pero en Francia, aparte del burdel y de los baños, encontramos otras dos formas de prostitución: los “bordelages” privados, mantenidos por alcahuetas que tenían a dos o tres chicas buscadas para la ocasión, y las “legeries”, aquellas que trabajaban por su propia cuenta (Rossiaud, 1986).

A pesar de esto, aparecen también algunas reglas de diferente índole: sanitarias (cerrar el burdel en épocas de peste), religiosas (para respetar festividades como Semana

Santa o Navidad), morales (para impedir ciertos espectáculos escandalosos en las calles o puertas de las iglesias) o fiscales (para que el sector privado como las alcahuetas no arruinen las arcas municipales, de manera que el oficial de justicia ejercía de proxeneta al cobrar una tasa a aquellas mujeres que no trabajaban en el burdel).

A diferencia de hoy, en aquel momento el mundo de la prostitución no era el de las vagabundas o extranjeras. La mayoría eran de la misma ciudad e hijas de artesanos, peones o esposas de maestros o criados (Rossiaud, 1986). La mayor proporción de extranjeras se daba, en todo caso, en los espacios públicos.

Las prostitutas francesas del Medievo también podían arrepentirse y cambiar el rumbo de vida. Las autoridades les facilitaban el matrimonio al suministrarles dote. Esto es debido a que, como dice Rossiaud (1986), *“las prostitutas no eran marginadas en su ciudad; simplemente desempeñan una función”* (p. 49). De hecho, los propios hombres de la Iglesia frecuentaban a las mujeres de los burdeles o los “bordelages”, algo que no era motivo de escándalo social. Lo que sí estaba mal visto era que estos fieles atrajeran a las chicas o mujeres casadas a este oficio.

Podemos concluir, que en la Edad Media, el Cristianismo rompe con la tradición grecolatina y con la judaica (que condenaba la “prostitución” con la lapidación o la quema de estas mujeres), intentando alcanzar la meta de la conversión, pero sin rechazar, al menos durante una época, la funcionalidad social de las “prostitutas” (Waiman, 2008).

Durante los **siglos XVI y XVII** existe un vacío de documentación que posibilite hacer una fotografía de la situación de la prostitución (Guereña, 2003; Vázquez, 1998). Aún así, podemos hacer algunos apuntes de esta actividad durante el **siglo XVII**. Bajo el reinado de Felipe IV (1621-1665) en España, se establece la prohibición de la “prostitución”, aunque ya en el siglo anterior, los reinados de Carlos I y Felipe II supusieron el principio del fin de las mancebías, que aunque no prohibieron su existencia sí se fueron limitando nuevas aperturas. En el año 1623 se toman las primeras medidas abolicionistas con la prohibición de las mancebías y casas públicas de mujeres en todo el Reino, como consecuencia de la política moral promovida por los jesuitas. Las mancebías eran ya consideradas como espacios de corrupción moral (Guereña, 2003).

Pero estas medidas de prohibición no se ejecutaron al mismo tiempo en todas las ciudades, por lo que siguieron funcionando las mancebías unos años más en ciudades como Valencia y Zaragoza. Además, se alzaron algunas voces en contra de estas medidas abolicionistas en otras localidades como Sevilla. Sin embargo, aunque se cerraran los burdeles del país, quedaban todavía presentes las “prostitutas” en las calles. A esta situación se intentó poner control en 1661, al final del reinado de Felipe IV quien mandó recoger a todas estas mujeres y encerrarlas en galeras, una especie de penitenciarias (García de Fagoaga, 2002). Estas medidas de prohibición se propusieron en España con un siglo de retraso con respecto al resto de Europa. Con esta nueva situación, se entraría en una etapa de clandestinidad donde las mujeres que ejercieran la “prostitución” serían perseguidas como lo eran los vagabundos (Guereña, 2003).

El **siglo XVIII** español fue una época de muchas reformas y, por supuesto, el comercio sexual no podía ser una excepción en cuanto a reglamentaciones se refiere. La primera medida legal para atajar la “prostitución” la encontramos en el año 1704, al comienzo de la monarquía de Felipe V. En esta fecha, el Consejo de Castilla, para eliminar la venta de servicios sexuales en las calles ordenó la reclusión de todas las mujeres “perdidas” que causaran escándalo en la calle. Estas medidas se ratificaron y ampliaron en años posteriores, 1714 y 1749, de manera que, además de ser detenidas, aquellas mujeres encontradas en la vía pública ofreciendo sus servicios tendrían que ponerse a trabajar como castigo. Algo similar a lo que les ocurría a los vagabundos que eran detenidos e ingresaban en el ejército. Observamos así, como del criterio de la caridad se pasa al de la economía y rendimiento de los colectivos marginados (García de Fagoaga, 2002).

Pero debemos señalar que esta importancia que comienza a darse a nivel social a la economía, hace que, a partir del siglo XVIII, la miseria y la situación de inferioridad a las que estaban sometidas las mujeres sin dote fueran dos grandes causas para el ejercicio de la “prostitución” (Choisy, 1964). La dote se establecía cuando el varón tenía que mantener a la mujer tras el matrimonio, de manera que la familia de la mujer tenía que pagar una cantidad a modo de recompensa. En este momento de la historia, en los países europeos, una mujer sin dote no tenía la esperanza de casarse, de manera que la única salida que tenía era elegir entre el convento o el burdel (Martín-Cano, 2001).

Estamos viendo cómo todas estas medidas de prohibición se seguían adoptando en base a las creencias morales que se establecieron en los siglos anteriores, y que ya hemos comentado. Sin embargo, también seguía existiendo una postura, ya planteada en el Medievo, que veía la “prostitución” como un mal menor que se debía ignorar para evitar daños mayores, como infidelidades, raptos o violaciones (García de Fagoaga, 2002).

Por otro lado, la clandestinidad que ya se asocia en este siglo al ejercicio de la “prostitución” obligaba a utilizar (si se usaban) preservativos caseros de tripa de animal, lo que podía aumentar la infección, principalmente, de “mal gálico” (sífilis). El control de estas infecciones era otra de las justificaciones para perseguir a las mujeres que se dedicaran al comercio sexual. Pero también había sectores que proponían la recuperación de las mancebías para poder llevar un control médico de estas mujeres, además de llevar un registro de las mujeres que ejercieran y, por supuesto, castigar a aquellas que lo hicieran en otros espacios. Sin embargo, estas propuestas no fueron aceptadas por el monarca Carlos IV y no se pusieron en práctica.

A finales del siglo XVIII la visibilidad de la prostitución era cada vez mayor, sobre todo en las grandes ciudades españolas, y ejercida sin ningún tipo de control higiénico. En este sentido, por ejemplo, en Madrid se podían contar más de cien burdeles aunque no fueran permitidos. De esta manera, el modelo abolicionista vigente, por lo menos a nivel oficial, estaba en crisis por lo que no podía mantenerse durante mucho tiempo.

Esta situación se alarga durante los primeros años del **siglo XIX**, época en la que continuaba la represión policial, la recogida de las “prostitutas” por las calles y su encierro en galeras o en casas de corrección para mujeres. Pero, como ha ocurrido en otros momentos de la Historia, lo que se perseguía no era el ejercicio de la prostitución en sí mismo, sino sus manifestaciones públicas y su visibilidad callejera como elemento de desorden social, así como motivo de propagación de “enfermedades venéreas”. Especialmente importante fue el aumento de este tipo de infecciones durante la Guerra de la Independencia y sus años posteriores, por lo que las medidas que se tomaron contra las mujeres que vendieran servicios sexuales llegaron a ser humillantes. Así, en el caso de Cataluña, en 1812 a aquellas “prostitutas” sospechosas de haber transmitido alguna infección a los soldados se les cortaba el pelo y las cejas y eran paseadas

desnudas por la ciudad subidas en un asno con el cuerpo untado con miel y plumas (Guereña, 2003).

A principios de siglo, y para contener el aumento de infecciones de sífilis, comienzan a aparecer propuestas de reglamentación de la “prostitución”, algo que tras diversos debates, médicos principalmente, no sería una realidad hasta el reinado de Isabel II, a mediados del XIX, lo que no estaría exento de polémicas y discusiones entre los sectores sociales y políticos partidarios y detractores de la reglamentación (Guereña, 2003).

Pero también es en este siglo cuando se contempla por primera vez la protección a la salud y la dignidad de la mujer, quizá por la influencia de las obras de autoras como Emilia Pardo Bazán o de Concepción Arenal, que cada una con un punto de vista diferente, pretendían la liberación femenina, aspecto que se recogía en la Ley de Sanidad de 1820. Esta ley obligaba a toda mujer que ejerciera la “prostitución” a apuntarse en un libro de registro que se hallaba en el ayuntamiento de cada localidad. Dicha administración local nombraba a un médico para una revisión que habilitaba a cada mujer para ejercer el oficio por medio de una cartilla sanitaria. Además, estas mujeres estaban obligadas a someterse a revisiones médicas semanales. Por otro lado, esta reglamentación prohibía el matrimonio, condenando a tres años de cárcel a aquellas “prostitutas” que contravinieran esta normativa.

Por otro lado, con la aprobación del primer Código Penal de nuestro país en 1822, aparece a nivel legal la persecución al proxenetismo, proponiendo sanciones a quien fomentase o se beneficiara del tráfico sexual (García de Fagoaga, 2002).

Pero esta normativa que se centraba en abuso de terceros, dejaba un vacío legal sobre las mismas prostitutas, llegando éstas a sufrir pánico de denunciar a sus proxenetas. Este vacío lleno de contradicciones llevó a que cada ciudad estableciera sus propias leyes municipales, siendo la primera Madrid en el año 1859, en la que se definía a cuatro tipos de “prostitutas”: “amas de casa con huéspedes, prostitutas que son huéspedes, prostitutas con domicilio propio y amas de casa sin huéspedes”. Cada ama de casa regentaría una casa con seis mujeres “huéspedes” como máximo. Todas estas mujeres no podían salir a la calle si iban más de dos y no podían entrar en establecimientos públicos si había clientela en ellos. En este momento del siglo XIX

observamos una vuelta a la casa tolerada, que tenía que mostrar una apariencia discreta (García de Fagoaga, 2002).

Con el paso de los años, se fueron llevando a cabo reformas de este tipo de reglamentaciones, como la de 1870, pero que seguían esta línea sin grandes variaciones. Las mujeres podían ejercer la “prostitución” dentro de los espacios habilitados para ello, sin ocasionar escándalos públicos y sometidas a controles médicos, de manera que si contagiaban a algún hombre eran apartadas de la actividad. Pero poco a poco, el ejercicio de la “prostitución” fue rompiendo las barreras que se le impusieron para mantenerla en la periferia de las ciudades y las mujeres “de vida alegre” fueron ocupando las calles con el silencioso consentimiento de las autoridades.

En el año 1898 se crea en Amsterdam la Junta de Trata de Blancas, organización que pretendía contener dicho comercio. Nuestro país no estuvo presente en el acta fundacional, pero cuatro años más tarde, durante la restauración de la Monarquía de los Borbones y con la Regencia de María Cristina de Habsburgo, se creó el Patronato Real para la Represión de la Trata de Blancas. Lo que se pretendía, básicamente, era eliminar la “prostitución” persiguiendo el proxenetismo. Al mismo tiempo, el Ministerio de Gobernación dispuso que no se dificultara la entrada a las “casas de tolerancia” de igual manera que se facilitara la salida de aquellas mujeres que fueran llevadas en contra de su voluntad (García de Fagoaga, 2002).

Esta línea de prevención de la “prostitución”, no exenta de modificaciones y fracasos, se mantuvo hasta la llegada de la II República el 14 de abril de 1931. La Presidencia del Gobierno de Alcalá Zamora, ordenó la disolución del Patronato Real para la Represión de la Trata de Blancas, no por estar en contra de sus objetivos, sino por su composición y forma de funcionar (dicho organismo estaba formado por gobernadores civiles y clero, en su mayor parte). En sustitución, se creó una comisión provisional que asumiría las funciones de dicho organismo, compuesta por dos mujeres que ejercían la “prostitución” y otras dos de clase obrera, además de los directores de Sanidad, de Seguridad y de Prisiones, desapareciendo el poder religioso. En septiembre de 1931 esta comisión pasó a formar parte del Patronato de Protección de la Mujer, que protegía a todas las mujeres y no solo a las “prostitutas” de cualquier degradación. Pero estas instituciones pasaron a un segundo plano con el estallido de la Guerra Civil en el año 1936.

Es de suponer que durante los años que duró la guerra los encuentros sexuales clandestinos y mercenarios estaban presentes en ambos bandos, aumentando así la actividad prostitucional (Guereña, 2003). El bando Republicano, en las zonas que contralaba, seguía manteniendo el sentimiento antiprostitución por la degradación que conllevaba para la mujer (García de Fagoaga, 2002), aunque el gobierno se veía obligado a consentirla poniendo controles higiénicos puesto que era considerada como el principal foco de desarrollo de enfermedades venéreas. A pesar de esto, en algunas pequeñas localidades se llegó a clausurar algún burdel (Guereña, 2003).

El feminismo republicano se organizó en torno a la organización anarquista “Mujeres Libres” que además de defender la prohibición de la “prostitución” por decreto, organizó los Centros Libertarios de Prostitución, una adaptación laica y civil de las antiguas Casas de las Arrepentidas, que ya hemos comentado. Estos centros ofrecían tratamiento médico y psiquiátrico a las mujeres, “curación ética” para fomentar el sentido de responsabilidad, orientación y capacitación profesional y ayuda moral para las rehabilitadas (García de Fagoaga, 2002). Pero la entonces Ministra de Sanidad y Asistencia Social planteaba que era imposible abolir la “prostitución” con un decreto puesto que ésta representaba un problema no solo moral, sino también económico y social que solo se resolvería cuando las relaciones sexuales fueran realmente libres (Guereña, 2003).

Mientras esto ocurría en el bando Republicano, los Nacionales defendían los principios de la religión, la familia y otros valores conservadores (Guereña, 2003). En este momento, la doble moral también cobró un papel importante. Desde los organismos oficiales y la jerarquía eclesiástica se estaba en contra del ejercicio de la “prostitución” pero se entendía que los soldados necesitaban desahogar sus deseos carnales para el buen funcionamiento en el frente. Esto llevó a la creación de múltiples burdeles en las zonas controladas por los Generales opuestos al Gobierno Republicano (García de Fagoaga, 2002).

En 1939, el final de la Guerra Civil supone el inicio de la Dictadura del General Franco y una muy rigurosa moral pública que no consiguió disminuir la “prostitución” en el país. El burdel reglamentado recuperó su tradicional papel en España (Guereña, 2003). Pero, en 1941, se reinstauró el Patronato de Protección de la Mujer, se crearon de nuevo centros de rehabilitación, que se unían a los centros religiosos ya existentes

(sustentados, principalmente, por mujeres acaudaladas y con prestigio social en la posguerra) y se prohibió el ejercicio de la “prostitución” por ley. Sin embargo, esta legislación declaraba ilegal una actividad para la que se creó una cartilla sanitaria, que se justificaba argumentando que, a pesar de la legislación, la actividad seguiría existiendo y, así fue, pues esta legislación no acabó con el ejercicio de la “prostitución”, ni en las calles ni en los múltiples burdeles, que fueron apareciendo por toda la geografía. Por estos motivos higiénicos, había que proteger a las mujeres y los hombres que las contrataban de diferentes “enfermedades venéreas”. Por supuesto, la ley no hablaba de prostitutas, sino de “aquellas personas que por su género de vida representen un mayor peligro para la sociedad” (García de Fagoaga, 2002, pág. 60).

Como muestra del alcance del comercio sexual en la década de los cuarenta y cincuenta, sin contar Madrid ni Barcelona, encontramos que entre los años 1942 y 1943 estaban oficialmente censadas unas 1500 “casas de niñas” (prostíbulos) en España y que a finales de 1945 existían unas 200 casas de prostitución que reunían a más de 20000 “prostitutas” registradas. No podemos olvidar tampoco la presencia clandestina de estas mujeres en las calles, especialmente las “pajilleras”, que por unas monedas masturbaban al cliente en los cines, ni a las menores de edad, que en los años 1956-1957 eran las responsables del 40% de las infracciones cometidas por menores (Guereña, 2003).

En 1956, el Gobierno de Franco, siguiendo las posturas abolicionistas y contra la trata de blancas internacionales, estableció un decreto en el que se reiteraba la “prostitución” como actividad ilícita en España, prohibiéndose las “mancebías y casas de tolerancia” (Guereña, 2003), pero sin penalizar directamente la “prostitución” en sí misma, sino la conducta que facilitara la actividad o explotara a quien la ejerciera. Quizás lo más destacable aquí es la desaparición de la cartilla sanitaria y cualquier control médico sobre la actividad, lo que supuso un aumento de las “enfermedades venéreas”. Tal aumento de infecciones hizo que el descubrimiento de la penicilina y de los antibióticos fuera celebrado hasta el punto de que en la mayoría de bares y burdeles donde se ejercía la “prostitución” colgaba una foto de Alexander Fleming (García de Fagoaga, 2002).

Por otro lado, esta medida abolicionista del Gobierno de Franco no supuso, como estamos viendo, el fin de la “prostitución”, sino un cambio de hábitos para los

clientes, que ya no podían acudir a los burdeles, y para las propias “prostitutas”, que asumen una situación de clandestinidad (Guereña, 2003).

En 1955, se produce la adhesión de España a la “Convención Internacional para la Represión de la Trata de Seres Humanos y de la Explotación de la Prostitución” de la ONU de 1949, que mantenía un discurso abolicionista (Guereña, 2003). Unos años más tarde, en la reforma del Código Penal de 1963 se unifican los delitos contra la honestidad y la prostitución, de manera que los delitos de rufianismo y proxenetismo, que estaban incluidos hasta ahora en la Ley de Vagos y Maleantes, se incluyen en lo referente a la “prostitución”. Esta Ley fue sustituida en 1979 por la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación, donde se incluía, casi sin variaciones, todo lo referente al ejercicio de la “prostitución”, manteniéndose en el Código Penal de 1963 lo referente a rufianes y proxenetas. Las mujeres que ejercían la “prostitución” eran encarceladas junto a homosexuales, travestis, transexuales o mendigos (García de Fagoaga, 2002).

Finalmente, la muerte de Franco en noviembre de 1975 supuso el fin de la dictadura, el regreso de la monarquía de los Borbones y establecimiento de la Democracia. La reforma del Código Penal de 1978, en plena Transición, supuso el fin de los delitos de adulterio, y del ejercicio de la prostitución, aunque se mantenía el castigo a la figura del rufián, proxeneta o a cualquiera que obligue a otra persona al ejercicio de dicha actividad.

Hasta aquí este breve repaso a la “prostitución” ejercida por mujeres a lo largo de los siglos. Como hemos podido observar, la situación actual en nuestro país (comentada en el capítulo anterior) no dista mucho de la concepción que esta actividad ha tenido en otros momentos históricos. En los diferentes siglos se ha pasado del reconocimiento social a la tolerancia, al reglamentarismo, al abolicionismo o al prohibicionismo. Pero parece que hay dos aspectos bastante comunes en la mayoría de los momentos históricos. Por un lado, el intento de control de infecciones sexuales a las que las personas que ejercen el trabajo sexual, supuestamente, son más proclives. Y, por otro, la clandestinidad y el anonimato con el que la mayoría de las mujeres han tenido que vivir el ejercicio del comercio sexual con independencia de la época.

Este planteamiento básico de la historia del trabajo sexual femenino nos ayudará a entender mejor la situación de los Trabajadores Masculinos del Sexo, protagonistas de esta tesis doctoral. En este sentido, no es difícil imaginar que la clandestinidad y la

marginalidad que han estado, y aún hoy están presentes, en las mujeres que ejercen esta actividad, con mayor intensidad las encontraremos en los hombres por reunir dos circunstancias estigmatizadas socialmente: alquilar su cuerpo con fines sexuales y tener mayoritariamente prácticas homosexuales con los clientes.

2.2. HISTORIA DEL TRABAJO SEXUAL EJERCIDO POR HOMBRES

El trabajo sexual en general y, más concretamente, el masculino es un fenómeno universal, pero, en la mayoría de los casos, es tan discreto que puede llegar a rozar la clandestinidad. Por este motivo es realmente complicado determinar la magnitud de la industria del trabajo sexual aunque parece ser que es importante y que incluso ha aumentado en los últimos años (ONUSIDA, 2003). Su realidad ha sido diferente a lo largo de todas las épocas de la historia.

En muchas ocasiones hemos oído hacer referencia al trabajo sexual como la profesión más antigua del mundo (Ballester y Gil, 1996; Bimbi, 2007). La historia del trabajo sexual está muy unida a la historia de la sexualidad humana. Pero autores como Benjamin y Masters (1964) defienden que el trabajo sexual masculino, a pesar de su clandestinidad y desconocimiento, es posiblemente más antiguo que el femenino.

Cuando intentamos contar la historia del trabajo sexual masculino, comprobamos que es un hecho que aparece y desaparece en la historia con bastante facilidad. Esto es debido a dos motivos principales. La tradición cultural de Occidente, con la elaboración social y cultural del amor, otorga a la mujer un papel pasivo en lo referente al deseo sexual (Ballester y Gil, 1996; Chauncey, 1982). Esta pasividad, transmitida generación tras generación, explica por qué tan pocas mujeres potencian su sexualidad y exigen ser satisfechas bien por sus parejas tradicionales bien por otros medios aunque esto signifique pagar por ello. De hecho, la demanda por parte de las mujeres de varones que oferten servicios sexuales es mucho más reducida que la de hombres que demandan otros hombres y, por supuesto, que la de hombres que demandan mujeres.

Aunque sean más hombres que mujeres los que demandan servicios sexuales de otros hombres, en diferentes momentos de la Historia, como el actual, este tipo de servicios ha estado marcado por la clandestinidad y la discreción. Con independencia de

la orientación sexual de los hombres que ofrecen servicios sexuales, este tipo de prácticas son homosexuales y la consideración que esta orientación sexual ha tenido a lo largo de los años también ha sido muy diferente.

Por estos dos motivos, realizar la historia del trabajo sexual masculino es tan complicado. Dada la obligada pasividad sexual de la mujer, no hay datos que expliquen este tipo de trabajo sexual heterosexual y, como la mayoría de consumidores de los servicios sexuales ofertados por hombres son hombres, es muy fácil caer en la tentación de acabar haciendo una historia de la homosexualidad, como ha ocurrido en publicaciones anteriores (Ballester y Gil, 1996; Kaye, 2004) posiblemente por una falta de información al respecto. Pero creemos que estamos hablando de cosas bastante diferentes, aunque relacionadas, ya que si bien los clientes hombres son homosexuales o bisexuales, no todos los TMS lo son, sino que hay un amplio porcentaje de heterosexuales entre ellos. A pesar de esto, resulta inevitable hablar de la historia de la homosexualidad al plantear la historia del trabajo sexual masculino ya que ambos fenómenos han ido ligados a lo largo de la historia. Actualmente, la tendencia en las escasas publicaciones que existen es la de considerar el trabajo sexual ejercido por hombres dentro de un contexto social diferente a la homosexualidad, donde la orientación sexual es una característica demográfica más de estos hombres.

Las primeras referencias explícitas al trabajo sexual y al trabajo sexual masculino las encontramos en las sociedades griega y romana. En Grecia, las relaciones homosexuales estaban bien vistas y aceptadas si se daban en ciertas clases sociales, sobre todo, en hombres instruidos como guerreros y filósofos. En la población general no se aceptaban tanto las conductas homosexuales, quedando este tipo de comportamientos relegados a relaciones entre adultos instruidos (erastes) y sus discípulos adolescentes (eromenoi) (Ballester y Gil, 1995). Los guerreros iban a la guerra acompañados de jóvenes con los que mantenían relaciones sexuales a cambio de instrucción en las artes de la guerra. También los filósofos mantenían relaciones sexuales con los muchachos a los que transmitían sus conocimientos sobre la dialéctica y la oratoria.

Pero en Grecia existía un trabajo sexual masculino similar al conocido actualmente. En efecto, algunos ofrecían servicios sexuales a cambio de dinero u otros objetos, pero en estos casos el cliente se podía negar a pagar al finalizar el servicio. La

actividad se llevaba a cabo bien acudiendo el chico al domicilio del cliente o bien en lugares públicos de barrios poco concurridos. En el caso de los esclavos, éstos solían ser introducidos por sus amos en casas de prostitución (Vanoyeke, 1990). A diferencia de lo que ocurre hoy en día, los adolescentes que se prostituían no intentaban disimular su actividad. De hecho, lo que buscaban era eliminar de su cuerpo toda apariencia de virilidad. Incluso su aspecto y vestimenta eran tan reconocibles que un proverbio decía: *“se ocultaría con más facilidad a cinco elefantes bajo la axila que a un solo pathicus”* (Vanoyeke, 1990, p. 15).

De alguna manera, el trabajo sexual masculino era considerado como una profesión en la sociedad griega, hasta el punto de que el senado de los Quinientos aplicaba un impuesto a quienes ejercían esta actividad que se pagaba al “telones” (Vanoyeke, 1990). De hecho, en Grecia no se promulgaron leyes que prohibieran la “prostitución masculina”. Al contrario, el impuesto que pagaban los burdeles y las personas que ejercían esta actividad suponía para el Estado una importante fuente de ingresos (Lewis, 1982).

A pesar de esto, sí que existían algunas leyes que hacen suponer cierta situación de marginalidad hacia la “prostitución” como el hecho de que a los chicos prostituidos se les prohibía hablar en la Asamblea y aquellos que incumplieran esta norma eran castigados con la pena capital. Por otro lado, también existían leyes que protegían a los jóvenes atenienses del ejercicio obligado de la “prostitución”. Así, cuando un joven era obligado por su padre o tutor, en esta ocasión era éste el castigado con la pena capital (Lewis, 1982).

Ya sabemos que en el Imperio Romano las relaciones homosexuales, incluso los matrimonios entre hombres o entre mujeres que pertenecieran a la aristocracia estaba permitido y regulado por la ley (Boswell, 1980). En esta época, el trabajo sexual masculino existía desde antes de la influencia griega. Así, ya en el siglo VI a. C., los romanos tenían costumbre de comprar por un talento (moneda romana) al chico que les gustara; pero esto comenzó a cambiar en el siglo III a. C. con la aprobación de la ley Escatinia que castigaba el trabajo sexual masculino. Por otro lado, los hijos ilegítimos que nacían entre amo y esclava y que sobrevivían, tenían su futuro ya marcado desde su nacimiento en el mundo del trabajo sexual.

Pero en la época romana, los jóvenes que se dedicaban al trabajo sexual no sólo satisfacían los placeres sexuales de sus amos sino que también amenizaban los banquetes con cantos, bailes, historias obscenas, lavar los pies y las manos a los comensales, etc. Eran muy coquetos a la hora de vestir y, al contrario que en los muchachos griegos, los romanos no cuidaban ni valoraban la delicadeza y el buen gusto de estos jóvenes (Vanoyeke, 1990).

Con el fin del dominio y esplendor romano y la consiguiente expansión del cristianismo, se hace muy complicado el seguimiento del trabajo sexual masculino y mucho más su separación de la homosexualidad. Nos adentramos, pues, en una etapa de oscurantismo, persecuciones y castigos hacia la homosexualidad y cualquier acto sexual entre hombres, por lo que todo acto homosexual (en que incluimos el trabajo sexual masculino) tenía lugar a escondidas y desde la clandestinidad. Hecho éste que continúa siendo evidente en la sociedad actual.

A partir del año 342 mantener relaciones sexuales con una persona del mismo sexo podía ser castigado con la hoguera. Algo muy similar a lo que defendía la Santa Inquisición en la Edad Media, que perseguía y castigaba cualquier acto de “perversión” por toda Europa. Por otro lado, los misioneros y colonizadores extendieron la homofobia por el Mundo. Podemos suponer que en periodos de estas características, el trabajo sexual masculino elegido de manera libre fuera prácticamente inexistente o se ejerciera de manera clandestina, aunque seguía existiendo de manera explícita el mantenido con esclavos o siervos.

La verdad es que la consideración de la homosexualidad como una enfermedad y perversión moral, herencia de la moralidad de esta época, no ha ayudado mucho. Pero la situación se ha ido suavizando con el paso de los años con la aportación de algunos hechos que podemos catalogar de históricos. Así, en los siglos XVIII y XIX la homosexualidad se dejó de considerar como perversión moral y se pasó a hablar de factores genéticos y de enfermedad. A finales de 1800, en Estados Unidos, los TMS se afeminaban y prácticamente se travestían, tendencia que comenzó a cambiar en las primeras décadas del siglo XX (Kaye, 2004). En este siglo, Freud provocó una conmoción al considerar que el ser humano tiene una disposición bisexual y que la masculinidad y feminidad puras no eran más que construcciones teóricas de contenido

incierto. Pero la homosexualidad se seguía considerando como un fracaso en la adquisición de la heterosexualidad.

En los años 60, el movimiento hippy se traduce en la defensa de la libertad de elección de la persona de su manera de vivir y de expresar su sexualidad, con una mayor tolerancia hacia la homosexualidad. Comienza a aparecer el feminismo y el activismo gay. Este momento histórico facilita la visibilidad de las conductas homosexuales, aumentando de alguna manera los contactos sexuales entre personas del mismo sexo y, en consecuencia, facilitando la manifestación y la oferta de servicios sexuales de hombres.

Mientras, en España, la dictadura del General Francisco Franco mantenía cerradas las fronteras al exterior, estando la sociedad española aislada de toda revolución social que se generara en el extranjero. Revoluciones que no tomaron fuerza hasta pasada la Transición Política a finales de los años 70 e inicios de los 80. En la dictadura, la mujer tenía un rol extremadamente pasivo no sólo a nivel sexual (el machismo y el patriarcado eran la norma operante) a la vez que todo acto homosexual era perseguido y castigado por la Ley de Peligrosidad Social, esta vez sin hogueras, pero sí con cárcel y fusiles. Estos hechos, como podemos imaginar, no facilitan la visibilidad de los hombres que viven del propio comercio sexual.

Con la muerte de Franco en España, y la desaparición a nivel internacional de la homosexualidad como enfermedad o trastorno en el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III, 1980), se produce un giro social. La homosexualidad pasa a considerarse una opción sexual más. Por su parte, el movimiento feminista también va adquiriendo fuerza; a las mujeres se les comienza a otorgar sus derechos. Pero no podemos olvidar que tanto la homosexualidad como las mujeres continúan durante años siendo víctimas de un cierto estigma, mantenido por los herederos de la Santa Inquisición, del Nazismo y del Franquismo.

A pesar de todo, los movimientos de defensa de los derechos sociales así como la aprobación de ciertas leyes, por ejemplo en España en los últimos años, están haciendo que a nivel social se prepare el terreno para la visibilidad real de los trabajadores sexuales masculinos y de su profesión. Cada vez son más los programas que, aunque mayoritariamente desde colectivos y asociaciones de gays, lesbianas, bisexuales y transexuales, se esfuerzan por defender a estos profesionales y mejorar su

realidad y calidad social. Aún así, en el año 2003, solamente 11 comunidades autónomas declararon la existencia de programas preventivos dirigidos a TMS por lo que existe todavía un amplio margen de extensión y consolidación de los mismos (SPNS, 2005).

CAPÍTULO 3.

CARACTERÍSTICAS

PERSONALES DE LOS

TRABAJADORES

MASCULINOS DEL SEXO

CAPÍTULO 3. CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LOS TRABAJADORES MASCULINOS DEL SEXO

3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Cuando hablamos del perfil sociodemográfico de los TMS no podemos hacer referencia a un único perfil común y generalizado. La poca investigación y publicaciones con la que contamos indica que los datos que presentan se limitan a ser unos rasgos que describen únicamente el sector de la población de TMS que participó en el estudio (Zaro et al., 2007). En este sentido, West y de Villiers (1993) tras entrevistar a 50 chicos que se dedicaban al trabajo sexual dicen que “la conclusión más importante que han obtenido es el peligro de la generalización en los trabajadores sexuales masculinos”. En este capítulo, presentamos, en primer lugar, algunas características sociodemográficas. A continuación, algunos aspectos de la historia sexual de los hombres que ejercen el trabajo sexual que nos ayudarán a comprender la realidad de este colectivo. Y para finalizar, comentaremos otros aspectos relacionados con el trabajo sexual como la imagen corporal o el estigma asociado a esta actividad ejercida por hombres. Como veremos también cuando hablemos de inmigración en TMS, estas diferencias en las características sociodemográficas y en su historia sexual van a hacer que cada trabajador sexual tenga una vivencia diferente de esta actividad.

3.1.1 Edad y tiempo de ejercicio

Uno de los rasgos que encontramos en la mayoría de los estudios relacionados con el trabajo sexual masculino tiene que ver con la edad de los participantes. Aunque son muchos los que destacan la juventud de los TMS (Kong, 2008, Zaro et al., 2007), es difícil encontrar estudios en los que los hombres que ejercen el trabajo sexual digan tener menos de 18 años, respetando siempre la edad mínima legal en nuestro país. Uno de los escasos estudios es el del Coombs (1974; citado en Cates, 1989) en el que el rango de edad de los participantes era entre 15 y 22 años. Los participantes de este estudio indicaban que se habían iniciado en esta actividad por una necesidad económica, ya que provenían de familias desestructuradas con las que no mantenían buenas relaciones. Pero, según el autor, una vez iniciados muchos de ellos se volvían adictos a esta actividad. También en el estudio realizado por Martina, Palacios, Ramírez, Ramah

y Valdespino (1991) en México la mayoría de los TMS participantes eran menores de 18 años.

Pero, en ocasiones, podemos dudar de esta información o bien puede ser que los menores de edad ejerzan su actividad de una manera más oculta o protegidos por otras personas para evitar denuncias de ilegalidad. Cabe la posibilidad de que algunos de los TMS falseen su edad para poder ejercer en ciertos espacios físicos cerrados. Los responsables de estos espacios (saunas, pisos, pubs, etc.) son los responsables de no permitir la entrada a menores de edad. Por este motivo, los TMS menores pueden mentir sobre su edad y así poder ejercer su actividad en este tipo de espacios.

Ballester y Gil (1996) realizaron un estudio con 20 TMS de la ciudad de Valencia. Los resultados mostraron que los hombres que se dedicaban a esta actividad eran en su mayoría jóvenes, situándose entre los 20 y los 30 años. El 60% de los participantes en el estudio se encontraban entre los 20 y los 23 años. Algo similar encuentran Belza, Llácer, Mora, Morales, Castilla y de la Fuente (2001) que indican que la edad media de su muestra de TMS en Madrid es de 23 años. Pero, en España, se va produciendo una evolución y un aumento de la edad de los TMS. Zaro et al. (2007), varios años más tarde, encuentran, en una muestra de 101 TMS recogida en un periodo de dos años en la ciudad de Madrid y como fruto del programa de TMS que llevan realizando más de diez años en Fundación Triángulo, que el 40,6% tienen entre 25 y 29 años, que tan sólo el 5% tenía menos de 25 años y que el 5,9% era mayor de 35 años.

Aunque lo común es encontrar jóvenes mayores de 18 años, es posible encontrar menores de edad en espacios abiertos donde se ejerce trabajo sexual ya que en los espacios cerrados (saunas, bares, etc.) los responsables tienen que velar por el cumplimiento de la ley prohibiendo la entrada a menores de edad a sus locales (Zaro et al., 2007).

Parece ser que la juventud es una característica importante dentro del marco del trabajo sexual masculino (Allman, 1999). Los clientes, en palabras de los propios TMS, siempre optan por chicos más jóvenes o de aspecto más aniñado. Los clientes sienten más morbo y atracción por los más jóvenes (Ballester y Gil, 1996). Por eso, una vez superado cierto límite de edad es difícil encontrar chicos que se dediquen a esta actividad. Todo lo contrario ocurre en el trabajo sexual ejercido por mujeres o transexuales cuya vida laboral se alarga mucho más en el tiempo.

Sin embargo esto probablemente está cambiando ya que estudios recientes muestran edades muy superiores de los TMS. La muestra de chicos que Mimiaga, Reisner, Tinsley, Mayer y Safren (2008a) entrevistaron estaba compuesta por dos bloques. Aquellos que se anunciaban y negociaban sus servicios vía internet, donde la edad media era de 28 años y los que ofertaban su actividad en calle, en los que la edad media era de 42 años. Estos datos nos ayudan a hacernos una idea de las grandes diferencias personales, situacionales y vitales que existen en los hombres que se dedican al trabajo sexual según el lugar en el que ejercen (Mariño, Minichiello y Disogra, 2003). Otros estudios ofrecen resultados que van en la tendencia contraria, como el de Minichiello, et al. (2002) que encuentra que la edad media de los TMS es de 27 años, aunque los que ejercen en calle son menores de 25 años. Como vemos, parece ser que, salvo excepciones muy concretas de estudios en chicos de calle, la edad de los trabajadores sexuales es muy amplia aunque el acuerdo parece estar en no superar los 30 años.

En cuanto al tiempo de ejercicio, hay que considerar que el trabajo sexual masculino es entendido como algo mayoritariamente temporal por los chicos que lo ejercen. La elección de esta actividad viene motivada en gran medida por las necesidades económicas, por la ganancia rápida de dinero y por la ausencia de obligaciones respecto a horarios y superiores (Zaro et al., 2007). El trabajo sexual es una actividad que les permite ahorrar para poder conseguir los objetivos marcados y poder desarrollar sus proyectos de vida. Minichiello et al. (2002) indican que la mayoría llevan en esta profesión menos de seis meses aunque algunos dicen que se dedican a esta actividad hace más de diez años. Estudios españoles también hablan de TMS que permanecen varios años en esta profesión como el de Belza et al. (2001) con chicos que llevan un mínimo de cuatro años en esta actividad profesional.

Acabamos de hacer referencia al hecho de ganar dinero rápido con esta actividad. Es necesaria una aclaración en este sentido que los propios TMS nos transmiten cuando hemos tenido las entrevistas con ellos. En algunos foros se manifiesta que esta actividad es una manera de ganar dinero fácil (Tirado, 2005). Las personas que ejercen el trabajo sexual no están de acuerdo y manifiestan que es una idea errónea que pueden tener aquellas personas que desconocen la realidad del trabajo sexual. Los TMS en este trabajo han de realizar servicios que nos les gustan e, incluso, les repugnan. Además, han de trabajar con clientes que, en ocasiones, no mantienen

unas condiciones de higiene mínimas o que les piden servicios que no son los que más les motivan. En definitiva, cuando hablamos de trabajo sexual es más conveniente y acertado hablar de una manera rápida de ganar dinero que de una manera fácil de conseguirlo. Aunque, en la situación de crisis económica actual, la expresión de dinero rápido empieza a no ser totalmente cierta. De hecho, hay chicos que tras unos días realizando plaza en un piso y no conseguir un mínimo de clientes, deciden abandonarlo y comenzar “plaza” en otra ciudad e, incluso, si son inmigrantes se plantean volver a su país de origen.

3.1.2 Nacionalidad: el fenómeno de la inmigración

El movimiento migratorio que estamos viviendo en los últimos años, se caracteriza en gran medida por la heterogeneidad. Esta característica también la encontramos en la industria del sexo. Las personas migrantes que vienen a trabajar en el comercio sexual europeo son de toda clase, raza, color, etnia... y, por supuesto, no solamente mujeres, sino también hombres y personas transgénero. Muchos vienen con visado de turista, pero con la intención de quedarse y algunas de estas personas ya ejercían el trabajo sexual en su país de origen (Agustín, 2001).

Uno de los motivos fundamentales por los que los hombres se dedican, al menos de manera inicial, al trabajo sexual es por dinero (Luckenbill, 1985). En este sentido, parece razonable que gran parte de la población de TMS española sea de origen inmigrante. Y esto es lo que nos indica uno de los estudios más importantes realizado en nuestro país en los últimos años. Zaro et al. (2007) indican que solamente el 12,9% de los TMS entrevistados eran españoles. Más de la mitad de la muestra (55,4%) eran de origen brasileño. El resto de muestra era muy heterogénea: venezolanos (6,9%), búlgaros (5%), marroquí (3%), portugueses (3%), rumanos (2%), colombianos (2%), dominicanos (2%), mexicanos (2%), italianos (1%) y chinos (1%). Belza et al., (2001) encontraron también en Madrid, unos años antes, que sólo el 35% de los chicos de su estudio eran inmigrantes, pero no podemos olvidar el fuerte movimiento migratorio que se ha producido en los últimos años que puede haber provocado este aumento de personas inmigrantes que se dedican al trabajo sexual en nuestro país. En un estudio posterior de Belza (2005) se encontró que el porcentaje de TMS inmigrantes llegaba al 67%, de los cuales el 91% procedían de Latinoamérica.

Como vemos en los últimos años la presencia de TMS españoles es minoritaria y el trabajo sexual masculino es ejercido, según la SPNS (2005), por hombres procedentes de tres grandes zonas con culturas muy diferenciadas, culturas éstas que marcan de alguna manera la visión que tienen estos hombres de la sexualidad y del trabajo sexual: latinoamericanos (especialmente Brasil), el Magreb (con gran influencia del Islam) y Europa del Este (donde la homosexualidad aún hoy está moralmente castigada).

El proceso migratorio que comienzan los TMS desde sus países de origen se genera tanto por la voluntad de mejorar sus condiciones económicas o profesionales como por la búsqueda de crecimiento personal, de conocimiento y del estilo de vida de los países más desarrollados. Muchos de los TMS inmigrantes que llegan a nuestro país no ejercen esta actividad en sus países de origen. El inicio en el trabajo sexual puede tener motivos tan diversos como la imposibilidad de encontrar un trabajo que ellos consideren digno o la materialización de una forma de vivir su homosexualidad y su estilo de vida (SPNS, 2005).

Conocer cómo los TMS construyen su sexualidad en función de sus valores, creencias, religión y cultura de origen facilitará el éxito de las intervenciones que se lleven a cabo tanto en prevención del sida como en el consumo de sustancias o prevención de la violencia con sus parejas o la exclusión social. Habría algunos aspectos generales a tener en cuenta ante cualquier intervención con población inmigrante: situación legal, barreras lingüísticas y culturales, información y asesoramiento inadecuados (búsqueda de información en compañeros de trabajo o personas cercanas sin formación en temas de salud) y la movilidad (intercambios de TMS de distintas ciudades o cambios constantes de trabajo según mercado laboral). A continuación, analizaremos algunas cuestiones socioculturales asociadas a la procedencia del TMS:

a) **Latinoamericanos:** esta población se compone en su mayoría por brasileños seguidos de venezolanos, mexicanos y dominicanos (Zaro et al., 2007). En los países latinoamericanos existe una gran variedad política, económica, cultural y étnica lo que determina en gran medida las percepciones y construcciones sobre diferentes aspectos. A pesar de las diferencias existentes, podemos decir que en relación a la sexualidad el modelo hegemónico es el heterosexual (SPNS, 2005) con formas de construcción social y cultural basadas en la identidad masculina.

En estos países, la concepción dominante de la masculinidad es la del estereotipo de hombre fuerte, responsable, que trabaja y que aporta los recursos necesarios en el hogar. La iniciación al sexo (con mujeres, por supuesto) es uno de los rituales más importantes de afirmación como hombres. De esta manera, el uso del preservativo se relaciona con la prevención de embarazos más que con las infecciones de transmisión sexual.

Por otro lado, ser hombre significa responsabilidad a la hora de mantener a su familia y afirmación de su heterosexualidad. La homosexualidad es aceptada como un comportamiento que pueden tener algunos hombres y mujeres siempre que se mantenga fuera del grupo de pares. La exhibición de una conducta homosexual se sanciona con la burla y la marginación. Las lesbianas y homosexuales representan el modelo contrario al hegemónico, son vistos como tipos antisociales lo que ejerce una presión en el resto de varones para comportarse según las normas hegemónicas heterosexuales.

b) **Magreb y otros países árabes:** la procedencia de TMS desde esta región es mayoritariamente de Marruecos y de Argelia y en menor medida de Pakistán y de Turquía (Zaro et al., 2007). El Islam reconoce el placer sexual aunque las relaciones extramatrimoniales están prohibidas. En el Magreb es clara la supremacía del hombre, de manera que se protege a las mujeres vírgenes pero se acepta que los hombres satisfagan sus necesidades sexuales por medio de personas que se dedican al trabajo sexual, pero únicamente con el fin de preservar el honor familiar.

A pesar de que el trabajo sexual está prohibido en países como Argelia, Marruecos y Túnez, esta actividad es para muchas mujeres y hombres jóvenes una forma de salir de las condiciones sociales de pobreza (Office Fédéral des Réfugiés, ODR, 2000). Por su parte, la homosexualidad se considera una patología de occidente de la que hay que protegerse, por lo que tiene un carácter jurídico ilegal y tiene penas de cárcel. Obviamente va ligada a la clandestinidad y al trabajo sexual masculino.

Por el contrario, la sociedad magrebí acepta la homosexualidad entendida como una sexualidad de sustitución que termina cuando el hombre se casa. La homosexualidad exclusiva y visible conduce a una marginalización severa por el patriarcado y por el poder económico (ODR, 2000).

Desde esta visión, se entiende que los TMS magrebíes utilicen el trabajo sexual como una forma legitimada de salir de una situación económica difícil, sin identificarse como trabajadores sexuales. Además, en el caso de intercambios sexuales homosexuales con el cliente, como la conducta sexual está justificada como sustitutiva, toda la carga de identidad gay recae sobre el cliente. Ellos son los activos, los que penetran, mientras que los clientes son los pasivos, los homosexuales. Desde el punto de vista de género, la masculinidad estaría ligada al papel activo y la feminidad al papel pasivo (SPNS, 2005).

c) **Europa del Este:** los principales países de origen son Rumanía y Bulgaria (Zaro et al., 2007). La situación actual de estos países a nivel social, político y cultural es complicada debido a que recientemente se han convertido en democráticos tras años de regímenes represores comunistas. Además es importante el arraigo de la religión en estos países y su efecto en la opinión de su ciudadanía. Por ejemplo, en Rumanía el 90% de la población se declara religiosa y, de éstos, el 86% son ortodoxos (SPNS, 2005). En este mismo país la homosexualidad era condenada en su código penal hasta el año 2002. Se consideraba que eran crímenes contra la naturaleza o actos antinaturales. Por tanto, aunque en la actualidad la homosexualidad no esté penada por ley, la visión de la sociedad ante los homosexuales está todavía en lenta evolución.

La situación del trabajo sexual en estos países parece muy similar a la de nuestro país en los años posteriores a la caída del régimen franquista. El trabajo sexual masculino no está penado desde la caída de los regímenes comunistas pero debido al estigma que sufre en el ámbito social no está aceptado pero es tolerado como medio de subsistencia económica. Además, la población de TMS está conformada por hombres muy jóvenes y en muchos casos asociada a consumo de drogas por vía parenteral (SPNS, 2005). A todo esto se une la desinformación sobre VIH-sida y la escasez de uso del preservativo tanto por la falta de información como por su elevado precio. Además, las personas seropositivas están sometidas a un severo estigma por la percepción social de que sólo los grupos de población “indeseable” se ven afectados por esta enfermedad.

Son muy pocos los TMS inmigrantes de la Europa del Este que una vez aquí se dedican al trabajo sexual y que se consideran homosexuales debido a la estigmatización que arrastran de sus países de origen. Su grupo de iguales se constituye en su red de apoyo donde los estigmas siguen teniendo una gran importancia. Por lo tanto, han de exhibir constantemente su virilidad que está fuertemente ligada a la masculinidad de

género, al papel activo en las relaciones sexuales, a la fortaleza, etc. La feminidad está ligada al papel pasivo en las relaciones sexuales, la debilidad, conformando este grupo tanto las mujeres como los homosexuales.

Esta creencia de que sólo los homosexuales como grupo de riesgo pueden ser afectados por el VIH junto al concepto de homosexual como rol pasivo en el sexo, puede llevar a los TMS a la falsa creencia de inmunidad ante la infección haciéndoles especialmente vulnerables.

La situación administrativa de los TMS extranjeros suele ser irregular; normalmente entran en España como turistas y permanecen más tiempo del permitido en esta situación. Pero sí que existen TMS que poseen el permiso de residencia encontrándose de una manera regular en nuestro país. Además, con la ampliación de la Unión Europea a los Países del Este, estos TMS pueden circular libremente por todos los países europeos.

Como vemos, la multiculturalidad puede influir en el modo en que cada grupo se enfrenta y vive al trabajo sexual. Los latinoamericanos suelen solicitar preservativos y lubricante con independencia de su orientación sexual mientras que los hombres que proceden del Magreb o de la Europa del Este son reacios a aceptar en público o entre su grupo de iguales un gel o un lubricante ya que esto, culturalmente, supondría reconocer que es agente pasivo en las relaciones anales y aparecer ante sus iguales como homosexual (Zaro et al., 2007). Este hecho viene marcado por la consideración y los prejuicios asociados a la homosexualidad y a la mujer en los países de origen así como a la presión ejercida por el grupo de iguales para mantener estas creencias, prejuicios y estereotipos.

En general, podemos deducir, pues, que los TMS inmigrantes se pueden encontrar en una situación personal y laboral más precaria. A grandes rasgos, si los comparamos con los españoles, los TMS inmigrantes tienen un nivel educativo más bajo, mantienen más prácticas sexuales desprotegidas con sus clientes (muchas veces por ofrecimiento de más dinero), tienen más problemas de roturas de condón (en gran medida por inexperiencia debido a su cultura y moral), se realizan en menor grado las pruebas del VIH, pero registran mayores niveles de seropositividad (Belza et al., 2001).

3.1.3 Pareja e hijos

Pocos son los datos que tenemos en cuanto a las relaciones personales de pareja de los TMS. Ballester y Gil (1996) indican que el 85% de los chicos que participaron en sus entrevistas habían tenido en alguna ocasión pareja estable. Este dato va en el mismo sentido que los datos en población general y rechaza la idea de que estos chicos son especialmente promiscuos y que no serían capaces de mantener una relación estable y monógama. En este mismo estudio, el 60% de los TMS decían tener pareja estable en ese momento y de éstos, el 40% manifestaba que su pareja era conocedora de su actividad profesional.

Un estudio más actual en Colombia encuentra que de los 15 trabajadores sexuales entrevistados, 9 tenían pareja estable y, de los que no la tenían en aquel momento, dos dijeron no haber tenido pareja nunca. Todos los que tenían pareja estable, con independencia de que fuera hombre o mujer, tenían expectativas de futuro con estas personas (Tirado, 2005).

Mucho más difícil es encontrar estudios que nos den datos sobre los hijos que los TMS tienen. Volviendo al estudio de Ballester y Gil (1996) sobre TMS de la ciudad de Valencia que se anunciaban en prensa, allí se encontró que el 90% no tenía hijos y el resto no contestó a la pregunta. Como veremos nuestros datos marcan una diferencia en este sentido.

3.2. HISTORIA SEXUAL DE LOS TRABAJADORES MASCULINOS DEL SEXO

Como ya hemos planteado, la literatura existente sobre trabajo sexual ejercido por hombres es muy limitada y observa, en gran medida, esta actividad como un fenómeno problemático para la sociedad (Van der Poel, 1992), que daña la salud pública (Anderson, 2002; Romi, 2006). Desde esta perspectiva, se ignoran algunos aspectos importantes que nos pueden ayudar a romper con algunos prejuicios o tópicos relacionados con este grupo de población, como la precocidad sexual, el haber sido víctimas de abuso infantil o la prevalencia de parafilias. Así, tener información sobre el desarrollo sexual de los trabajadores sexuales o de los primeros pasos que dieron en sus

relaciones sexuales es importante pues nos puede aclarar algunos aspectos relacionados con esta actividad y la decisión de practicarla.

3.2.1 Inicios de la vida sexual de los trabajadores sexuales

La única investigación de la que tenemos constancia que hace referencia expresamente a estos aspectos es, una vez más, la realizada en Valencia por Ballester y Gil (1996). La edad de la primera masturbación en esta muestra fue: el 5% a los 8 años, el 10% entre los 10 y 11 años, la mayoría (40%) a los 12 ó 13 años, el 20% a los 14 ó 15 años y el 5% entre los 16 y 17 años. El dato que más llama la atención es que un 5% manifestó no haberse masturbado nunca.

En cuanto a la primera relación sexual con otra persona estos autores encontraron que un 5% la tuvo a los 6 años, otro 5% a los 10-11 años, el 25% entre los 12 y 13 años, el 35% a los 14 ó 15 años el 25% a los 16 y 17 años y un 5% a los 18 ó 19 años. Comparados estos datos con los de la población joven de aquel momento, comprobamos que la mayoría de TMS (35%) tuvo su primera vez a los 14-15 años y que el mayor porcentaje de jóvenes (19%) la tuvo a los 12-13 años (Ballester y Gil, 1994). Esto nos indicaría que los TMS no muestran una mayor precocidad en la actividad sexual, incluso, a tenor de estos datos, parece que muestran la vivencia contraria (Ballester y Gil, 1996). Pero un estudio anterior (Earls y David, 1989) sí que propone el inicio temprano en las relaciones sexuales como un factor que puede influir en la iniciación de la persona en el trabajo sexual con posterioridad, aunque no hemos encontrado otros estudios que apoyen esta idea.

Como comentaremos más adelante en este capítulo, la idea de que todos los trabajadores del sexo son homosexuales es errónea. Y explicaremos suficientemente el hecho de que, aunque estos chicos mantengan conductas homosexuales con sus clientes, ya que las clientas mujeres son una minoría, eso no excluye que en su vida personal y con sus parejas mantengan conductas de tipo heterosexual. En este apartado sólo vamos a hacer referencia al sexo de la persona con la que los TMS mantuvieron su primera relación sexual. Siguiendo con el estudio de Ballester y Gil (1996) el 70% de la muestra mantuvo su primera relación sexual con un hombre, frente al 30% que lo hizo con una mujer. Pero el 80% la valoró como muy satisfactoria con independencia del sexo de la pareja.

Si partimos de la creencia de que la orientación sexual es un continuo en cuyos extremos se sitúan la homosexualidad y la heterosexualidad y el punto medio es la bisexualidad, deberíamos hablar del grado de homosexualidad/heterosexualidad de una persona. Pero nuestra sociedad está marcada por dos consideraciones: por un lado, la necesidad de definirse cuanto antes en uno de los extremos y, por otro, parece que lo más importante es lo que la persona se considera y no el tipo de conducta que realiza. A partir de estos aspectos, las posibilidades de explicación sobre la orientación sexual son muchas, aunque en este apartado vamos a obviar las genetistas y biologicistas. Una persona se puede sentir heterosexual porque nunca ha explorado la homosexualidad y porque nuestra sociedad refuerza la heterosexualidad y castiga el resto de opciones. Otra persona puede sentirse atraída por alguien de su mismo sexo porque ha decidido considerarse homosexual a raíz de una primera relación sexual heterosexual desagradable. Y así encontraríamos un largo etcétera de posibles explicaciones, ninguna de las cuales tiene una base científica contundente. Lo único claro es la necesidad de una educación afectivo-sexual desde la más tierna infancia donde la sexualidad se viva con naturalidad, se entienda como una dimensión más del ser humano y se anime a la libertad de elección desde el respeto a las personas.

En cuanto a las fantasías sexuales, solamente la investigación de Ballester y Gil (1996) ha indagado al respecto. En ella se muestra que los TMS han tenido fantasías o sueños tanto homosexuales (85%) como heterosexuales (90%).

Por otra parte, hay estudios que han indagado la posible relación entre trabajo sexual e incesto. A pesar de una alta prevalencia de relaciones incestuosas en la infancia que va desde el 14 % (Hunt, 1977) hasta el 39% (Janus, Scanlon y Price, 1984) o el 40% (Ballester y Gil, 1996), en la actualidad parece haberse descartado la relación entre ambas variables, ya que ninguno de los estudios previos puede concluir nada de manera contundente. También encontramos estudios que nos indican que la mayor parte de los chicos que se dedican al trabajo sexual tienen una historia de problemas familiares y han tenido una infancia y juventud rodeadas de una familia desestructurada (Cates, 1989; Price, Scanlon y Janus, 1984; Tirado, 2005). De hecho, algunos autores indican que la mayoría de personas que se dedican al trabajo sexual provienen de hogares pobres con multitud de problemas, lo que deriva de manera frecuente en una desestructuración familiar (Romi, 2006), por lo que es necesario indagar más en la situación en que vivieron su infancia y adolescencia los TMS (Abramovich, 2005). En la actualidad, la

tendencia en los estudios es la centrarse más en temas como la prevención de VIH que en otros como el incesto, es decir, indagar en temas que puedan repercutir en beneficios sociales para los TMS como campañas de prevención eficaces adaptadas a esta población.

3.2.2 Orientación sexual

Tal y como plantea Ardila (2008), tradicionalmente se ha definido la orientación sexual de una persona según sus deseos y comportamientos sexuales. Así, homosexual se entiende la persona cuyas atracciones primarias afectivo-eróticas son con personas del mismo sexo, heterosexual la persona cuyas atracciones primarias afectivo-eróticas son con personas del otro sexo y bisexual aquella persona cuyas atracciones primarias afectivo-eróticas son por miembros de ambos sexos, tanto hombres como mujeres. Pero hay quien defiende que, en realidad, no existe la persona homosexual, del mismo modo que no existe la persona heterosexual sino que se trata de adjetivos que describen actos sexuales, no personas (Vidal, 2001). Este planteamiento sigue la tradición de Kinsey, al sugerir que las personas no tenemos una orientación sexual inamovible, sino que lo que mantenemos son diferentes prácticas sexuales a lo largo de nuestra vida sexual resultado del contexto biológico y social de la persona (Guasch, 2000).

Así, la homosexualidad y la heterosexualidad no serían realidades opuestas, sino que *“forman parte del mismo modelo de sexualidad”* (Guasch, 2002, p. 38). Avanzando en esta idea encontramos nuevos conceptos como la *pansexualidad* u *omnisexualidad*, donde nos alejaríamos de una orientación sexual construida desde la dualidad normativa de nuestra sociedad (Martín, 2008). Estaríamos ante un planteamiento que defiende la existencia de múltiples sexualidades, tanto en lo referente a la orientación sexual como en otros aspectos relativos a cada persona como individuo diferenciado (Lameiras y Carrera, 2008).

Los estudios que han prestado atención a este tema en TMS buscan catalogar a los hombres que ejercen el trabajo sexual en una orientación sexual fija, aunque los estudios más recientes nos hablan de diferentes orientaciones entre los TMS y de diferentes tipos de prácticas (“homo”-“hetero”) en algunos de ellos según hablemos de su actividad profesional o de su vida sexual personal.

Los diferentes estudios nos muestran que algunos se definen como homosexuales, otros como heterosexuales y otros como bisexuales (Ballester y Gil, 1996; Kong, 2008; Mimiaga et al., 2008a; Zaro et al., 2007). La elección de ejercer esta actividad es, la mayoría de las veces, económica y no la satisfacción de necesidades sexuales o de disfrute. De hecho, aunque el grueso de la clientela de los trabajadores sexuales está compuesto por hombres, algunos de los hombres que ofertan servicios sexuales de carácter homosexual, en su vida personal tienen otra orientación sexual. Algunos tienen novia o esposa e, incluso, hijos. De hecho, el comportamiento sexual, las emociones sexuales y la identidad sexual no siempre son congruentes (Ballester y Gil, 1996).

En el estudio de Ballester y Gil (1996) el 50% de los TMS entrevistados se catalogan como bisexuales, el 45% homosexuales y el 5% heterosexuales. Por su parte, Zaro et al. (2007) indican que el porcentaje de heterosexuales es mayor llegando al 46,5%, disminuyendo el de TMS que dicen ser bisexuales (22,8%) y manteniéndose el 46,5% de homosexuales. Los datos de uno de los estudios más actuales (De Cai et al., 2009) se acercan a lo hallado por Ballester y Gil (1996), de manera que tan solo el 25% de los TMS de estudio se definen como homosexuales, mientras que el 70% dice mantener relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres.

Como vemos, la idea de que todos los trabajadores sexuales son homosexuales es errónea. Pero, la mayoría de estudios antiguos sugerían que los trabajadores sexuales eran heterosexuales (Butts, 1947; Coombs, 1974; Deischer, Eisner y Sulzbacher, 1969; Ginsberg, 1967; Reiss, 1961). Así, Pieper (1979) llegó a afirmar que el porcentaje de chicos homosexuales que se dedican al trabajo sexual no excedía el 10-20%. En un estudio en Dinamarca, Jersild (1956) estimó el porcentaje de homosexuales en el 15%. Los autores de este tipo de estudios defendían el hecho de que si los hombres que ejercían el trabajo sexual tenían erecciones y eyaculaciones con sus clientes era debido, no a su homosexualidad, sino a que habían desarrollado intereses homosexuales en la práctica profesional.

Investigaciones más recientes, sin embargo, señalan una mayor prevalencia de la homosexualidad en este colectivo de profesionales (Deischer, Robinson y Boyer, 1982). Así, Allen (1980) en Estados Unidos encontró que, de una muestra de 98 TMS, 52 eran homosexuales, 28 bisexuales y 18 heterosexuales. En un estudio impulsado por el

gobierno de Canadá en 1984, el 30% de los TMS dijo considerarse heterosexual y el resto se repartía entre bisexuales y homosexuales (citado en Ballester y Gil, 1996). También en EEUU, Weisberg (1985) encontró que el 47% de los TMS se identificaba como gays, el 29% como bisexuales y el 16% como heterosexuales (el resto como transexuales o travestidos). Boyer (1989) asciende la cantidad de chicos que se consideran homosexuales o bisexuales hasta el 70%. Robinson (1989), por su parte, encontró que casi el 50% de los TMS se identificaba como homosexual y el 25% como bisexual. En el estudio de West y de Villiers (1993), el 36% de los TMS se sentía atraído sexualmente por los hombres, el 18% igualmente por ambos sexos y el 46% de los TMS única o mayoritariamente por mujeres. Un dato interesante que añaden estos autores es que el hecho de dedicarse al trabajo sexual no suele provocar cambios en los intereses sexuales iniciales de estos hombres.

Minichiello et al. (2002) también encontraron que la mayoría de los chicos que entrevistaron se autodefinían como homosexuales (56,3%) y el 31,7% como bisexuales. Tan sólo el 5,5% indicaron identificarse como heterosexuales. Más de la mitad de la muestra dijeron tener pareja estable y de éstos, el 83,5% tenían como pareja a un hombre. En nuestro contexto, el estudio de Belza et al. (2001) encuentran que solo el 11% de TMS mantienen relaciones exclusivamente con mujeres en su vida privada. Pero también encontramos estudios como el realizado por Pisani et al. (2004) en Indonesia en el que encuentran que el 54,4% de los TMS había tenido pareja sexual femenina el último año, aunque no indican si estas relaciones las habían mantenido exclusivamente con mujeres, por lo que no podemos afirmar que más de la mitad de su muestra sea heterosexual.

Otro aspecto a tener en cuenta es la diferencia entre los chicos en función del lugar donde oferten sus servicios. Anteriormente, comentábamos la diferencia de edad encontrada por Mimiaga et al. (2008a) en cuanto a edad en los chicos que se anunciaban en internet y los que ejercían en calle. Algo similar vemos en cuanto a la orientación sexual ya que en internet se definen como homosexuales el 69% mientras que entre los que trabajan en calle sólo el 49% dicen identificarse con esta orientación sexual.

La duda que nos puede surgir en la actualidad, y de la que ya se ha hecho mención en otros trabajos anteriores (Ballester y Gil., 1996; Reiss, 1961), aunque quizás por motivos diferentes, es el hecho que, debido a la consideración y el estigma que tiene

la homosexualidad en los países de origen de los TMS, muchos de los chicos se declaren heterosexuales, siendo el porcentaje de TMS homosexuales algo mayor del que se propone en los estudios realizados. A pesar de esto, mantener relaciones sexuales homosexuales en la vida personal de los hombres que ejercen el trabajo sexual parece ser independiente de iniciarse y/o dedicarse al trabajo sexual (Van den Hoek, Van den Haastrecht y Couinho, 1991).

3.2.3 Abuso sexual en los Trabajadores Sexuales

Muchos son los estudios e investigaciones que a nivel clínico y comportamental han relacionado los abusos a menores con diferentes consecuencias de salud y de conducta, como promiscuidad, embarazos en jóvenes o inicio en el trabajo sexual (Spatz y Kuhns, 1996). Pero estos mismos autores señalan que la principal limitación de este tipo de investigaciones es que se trata de estudios correlacionales y no longitudinales, lo que no permite llevar a cabo un análisis de las secuencias causales de estas conductas. Además, estos estudios perpetúan injustificadamente la idea de que el sufrir abusos sexuales en la infancia refuerza la promiscuidad, la adicción sexual y/o el trabajo sexual en la edad adulta (Abramovich, 2005).

A finales de los años 70 y a lo largo de los años 80, gran parte de la bibliografía publicada relacionada con el trabajo sexual hacía referencia a la posibilidad de que estas personas hubieran sido víctimas de algún tipo de abuso sexual a lo largo de su vida (James y Myerding, 1978; Justice y Justice, 1979; McMullen, 1987; Silbert y Pines, 1981). Como consecuencia, habrían aprendido un concepto negativo de lo que son las relaciones sexuales (Ballester y Gil, 1996) de manera que, si una persona puede ser obligada a mantener relaciones sexuales en contra de su voluntad, ¿por qué no mantenerlas de manera voluntaria a cambio de un dinero?. Al fin y al cabo, en ambos tipos de relación, el afecto está ausente, pero en la segunda la persona obtiene una gratificación. Janus et al. (1984) vieron que 24 de los 28 sujetos que entrevistaron (85%) habían sufrido abusos sexuales en su infancia o adolescencia. Las publicaciones de los años 90, bajan la prevalencia de abusos sexuales durante la infancia y adolescencia de los TMS, concluyendo que sólo en torno al 30% de ellos han sido víctimas de una agresión sexual (Ballester y Gil, 1996; West y de Villiers, 1993). Estudios más recientes encontraron una prevalencia de abuso más baja entre la

población de trabajadores sexuales estudiada, en torno al 25-26% (Diloría, Hartwell y Hansen, 2002; Parsons, Bimbi y Halkitis, 2001). Otros estudios encontraron que en torno al 41% de los hombres que ejerce el trabajo sexual habían sido víctima de abusos sexuales en la infancia (Doll y Bartholow, 1992; Finkelhor, 1994; Mimiaga et al., 2008a; Mimiaga, Noonan y Donnell, 2008).

Pero ya a finales de los años ochenta, algunos estudios proponían que un pasado familiar de abusos no es determinante para iniciarse, años más tarde, en el ejercicio del trabajo sexual (Earls y David, 1989). Estos autores indican que hay otros factores más determinantes que influyen en el inicio de esta actividad como la ganancia económica, la homosexualidad o las experiencias sexuales tempranas. Además, la mayoría de los estudios que relacionan el abuso sexual con el intercambio sexual comercial en la edad adulta se han realizado en población de trabajadores sexual que ejercen en calle que presentan unas características diferenciadas a otros colectivos de hombres que ejercen esta actividad en otros espacios (Parsons, Bimbi, Koken y Halkitis, 2005).

Más actuales son las propuestas de otras autoras como Jordan (2005), que, en relación al trabajo sexual ejercido por mujeres, considera que la relación entre haber sido víctima de algún abuso durante la infancia y el ejercicio del trabajo sexual podría provenir de dos vías. Bien porque la victimización temprana ha provocado un déficit de autoestima o bien podemos entender la entrada en esta profesión como respuesta al trauma que produce una disociación psicológica, lo que facilitaría la entrada en el trabajo sexual y proporcionaría un mecanismo de afrontamiento hacia las experiencias del trabajo sexual.

En general, el abuso sexual temprano ha sido considerado en multitud de ocasiones como antecedente de varios trastornos como trastornos alimentarios, trastornos psicóticos, agresiones sexuales, adicciones o trastornos de ansiedad y depresión (Wyatt y Powell, 1989). Pero la relación causal posiblemente sea indirecta. En muchas ocasiones, el abuso sexual es un indicador más de un ambiente familiar y social desestructurado y problemático. A pesar de esto, hay estudios que llegan a la conclusión de que el abuso sexual en la infancia no predice la dedicación al trabajo sexual en la vida adulta, pero sí es un buen predictor de realizar específicamente sexo anal sin protección (Coleman, 1989, citado en Leary y Minichiello, 2007; Parsons, et al., 2005; Romero y Rojas, 2004).

Algunos estudios más actuales muestran que se está produciendo un cambio en la manera de interpretar el abuso sexual y el trabajo sexual. No intentan explicar el ejercicio de esta actividad como consecuencia del trauma del abuso sexual, sino que buscan posibles relaciones entre haber sufrido abuso sexual en la infancia con el mantenimiento de conductas sexuales de riesgo tanto con los clientes como con las parejas personales de los hombres que ejercen el trabajo sexual. Un ejemplo muy evidente es el estudio realizado por Parsons et al. (2005) en el que un 28,3% de los participantes habían sido víctimas de abusos sexuales, mayoritariamente por familiares cercanos. Sus resultados muestran que no existe relación entre abuso sexual y el nivel educativo del trabajador sexual, con su estado serológico, con el consumo de sustancias, con la Compulsividad Sexual o con la Búsqueda de Sensaciones Sexuales. Pero sí que hallan diferencias entre aquellos que no sufrieron abuso sexual y los que sí, siendo estos últimos los que se inician a una edad más temprana en sus relaciones sexuales y pueden mantener mayor número de prácticas sexuales de riesgo con sus clientes pero no con sus parejas personales. Además, concluyen que no todos los TMS vivenciaron el abuso sexual como un trastorno por lo que no consideran que esto les influyera en el desarrollo de su propia vida.

Por otro lado, uno de los riesgos que sufren las personas que se dedican al trabajo sexual, ya sean hombres, mujeres o transexuales, es la posibilidad de sufrir un abuso sexual en su trabajo. El cliente, por lo general hombre, puede intentar forzar al trabajador o a la trabajadora sexual a realizar actos sexuales. Una explicación muy interesante a este respecto la realizó McMullen (1990) cuando dijo que estos clientes creen que cuando un chico se dedica al trabajo sexual tiene que estar dispuesto y disponible para cualquier acto sexual que se le antoje al cliente, siempre y cuando se le pague. Janus (1984) dijo que la mitad de los chicos que se dedicaban al trabajo sexual en Boston habían sido violados mientras trabajaban y que todos habían sufrido algún tipo de amenaza o violencia.

Aparentemente, en la actualidad la situación es algo diferente debido al cambio que se ha producido con el paso de los años en la forma de ejercer el trabajo sexual. Hoy en día, las posibilidades de sufrir este tipo de agresiones durante el ejercicio de la práctica del trabajo sexual se limita a los TMS que ejercen en la calle, en locales de ocio o en pisos propios. Los chicos que ofertan sus servicios en pisos organizados o en saunas se sienten más seguros cuando están con los clientes puesto que todo está

pactado antes de comenzar el intercambio sexual y, en caso de que el cliente no cumpla su parte del contrato verbal establecido, el TMS no está solo con el cliente en el piso o en la sauna. Además, normalmente, en estos casos, el cliente paga antes de comenzar el servicio.

Como conclusión a este apartado de abusos sexuales, podemos decir que encontraremos mayores tasas de victimización temprana en las personas que ejercen en calle (Pinedo, 2008a). Por otra parte, varios autores afirman que no hay estudios que confirmen una relación causal definitiva entre haber sufrido abusos sexuales y dedicarse al trabajo sexual, aunque otros estudios apoyan la idea de que los chicos que han sufrido abusos sexuales tienen una mayor probabilidad de dedicarse al trabajo sexual años más tarde. Además, estas personas están más acostumbradas a tratar temas de su vida sexual por lo que, posiblemente, sea más fácil para ellas hablar sobre algún abuso sufrido en su infancia o adolescencia en comparación con la población general (Jordan, 2005; Juliano, 2004) y esta variable puede confundir los datos

En general, los estudios sobre abusos a menores que buscan una relación con el inicio en el trabajo sexual son ambiguos por la ausencia de investigaciones longitudinales. Los diseños de investigación que recogen información en un único momento no permiten establecer relaciones de causa-efecto, de manera que no es pertinente generalizar los casos de abusos (Spatz y Kuhns, 1996) ya que existen trabajadores sexuales que no se ajustarían a este perfil de abuso (Tirado, 2005).

3.3. OTROS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO SEXUAL

3.3.1 Movilidad

Una característica común a todo el colectivo de personas que ejerce el trabajo sexual es la “movilidad”, aunque en algunos espacios (cerrados) y grupos (hombres) es más marcada que en otros. Entendemos por “movilidad” los viajes que realizan las personas profesionales del sexo, por España y fuera de nuestro país, para ejercer su actividad en los puntos de destino durante un tiempo determinado. Esta movilidad es especialmente frecuente en el colectivo de TMS. El ejemplo más claro lo podemos encontrar en los chicos que “hacen plaza” en piso, es decir, los TMS que están unos 21

días en un piso con otros TMS gestionado por un encargado. La mayoría de las ocasiones el dueño o encargado de estos pisos es un chico que anteriormente se dedicaba también al trabajo sexual o que compagina ambas actividades en función de su necesidad económica.

La finalidad de esta movilidad es la de evitar el “efecto cara quemada” (Zaro et al., 2007), que en el caso de los hombres es más fácil que se produzca al haber un menor número que oferten servicios sexuales. Los TMS buscan nuevos espacios y lugares donde ofertar sus servicios y poder ser siempre novedosos ante sus clientes. En los anuncios en internet es frecuente ver junto a las fotos (una especie de “book” realizado por profesionales de la fotografía) el eslogan llamativo de “novedad” para avisar de que el chico es nuevo en la ciudad. Además, el hecho de ser un “cara quemada” implica que ya es conocido por los clientes y no puede competir con los trabajadores sexuales recién llegados. A no ser que se trate de los clientes fijos que suelen tener la mayoría de los TMS, aunque no pueden vivir sólo de los ingresos de estos clientes.

La aparición de internet ha creado nuevos canales de comunicación que ha facilitado la movilidad de los TMS no sólo por la geografía española, sino por toda Europa. Ya hemos comentado que donde mayor movilidad se produce es en los pisos donde existe una red de comunicación entre pares que se transmiten información referente a la localización de los pisos, números de contacto, instalaciones, trato de encargado, el porcentaje económico que han de dejarle por cada servicio, etc.

Pero esta movilidad conlleva algún efecto negativo en la cotidianidad de los TMS. Así, los que trabajan en “plaza” suelen desconocer los recursos sociales y sanitarios que les ofrece cada ciudad. Además, la única red de apoyo con la que cuentan son los otros TMS que coinciden con ellos en el piso. De hecho, en ocasiones, el contacto que mantienen con el mundo exterior es prácticamente nulo, puesto que están disponibles los siete días de la semana con unos horarios bastante rígidos en los que solo se les concede un par de horas diarias por la mañana durante las cuales pueden salir del piso y disfrutar de su tiempo personal.

Otro de los motivos que fomenta la movilidad de los trabajadores sexuales son las épocas del año en las que el número de clientes disminuye. Por ejemplo, en Madrid, los clientes se reducen durante los meses de verano (Zaro et al., 2007) aumentando el número de TMS en zonas costeras como Mallorca, Barcelona o Marbella.

3.3.2 Imagen corporal

La imagen que la población general tiene de los hombres que se dedican al trabajo sexual es de un chico joven, atractivo, musculado o atlético y con facciones armoniosas. Pero en este aspecto del trabajo sexual tampoco podemos hablar de un modelo único de TMS.

El cuerpo es entendido como una herramienta de trabajo a la que hay que prestar los cuidados necesarios para dotarla de un mayor atractivo para alcanzar una mayor competitividad. Al contrario de lo que pudiera parecer, la imagen física es importante, especialmente, en TMS que ejercen en espacios cerrados. (Ballester y Gil, 1996; Zaro et al., 2007). La calle va unida a un nivel más bajo de trabajo sexual y a una serie de necesidades básicas no cubiertas. Podemos hablar de una profesionalización del trabajo sexual unida a la importancia del cuidado de la imagen corporal.

El ejemplo más evidente de importancia de imagen corporal se da en la sauna donde todos, tanto clientes como TMS, han de despojarse de sus vestimentas. Los TMS han de mostrarse completamente desnudos antes las posibles parejas comerciales. El cuerpo sin vestido es el primer reclamo para los potenciales clientes.

Algo similar ocurre en Internet, donde el cliente no ve en persona al trabajador sexual y tampoco existe una comunicación cara a cara. Aquí el principal medio para captar al cliente junto con la información escrita (referente a medidas corporales, del pene y a los servicios y aptitudes sexuales del TMS) es la imagen del cuerpo. Ya hemos comentado que algunos de estos chicos o los portales de trabajo sexual masculino cuentan con fotografías personales que cuidan absolutamente todos los detalles en las sesiones fotográficas. Además, cambian las fotografías “colgadas” cada cierto tiempo y renuevan sus fotos para mostrar alguna novedad en la web.

Como consecuencia de la importancia de la imagen corporal, es habitual que los TMS acudan a menudo al gimnasio, hagan otro tipo de deporte, cuiden su alimentación, se depilen o consuman anabolizantes que les permitan ganar masa muscular. Incluso se han dado casos de TMS seropositivos que utilizan los anabolizantes con el objetivo de ganar masa muscular y proyectar una imagen saludable y, de esta manera, no ser excluidos por los clientes y perder ingresos económicos (Zaro et al., 2007). Los TMS

llevan a cabo diferentes esfuerzos para mantener una buena condición física, cuidando, al mismo tiempo, su aspecto físico, no solamente para atraer a sus clientes, sino como una manera de mejorar su propia autoestima (Cates, 1989).

En la revisión bibliográfica solamente hemos encontrado una referencia (Ballester y Gil, 1996) a la percepción y valoración que los TMS hacen de su propio cuerpo. En general, podemos imaginar que los trabajadores sexuales tienen un buen autoconcepto físico ya que, como acabamos de ver, su cuerpo es el reclamo principal para captar clientes en algunos medios. La mayor parte de los chicos que ejercen el trabajo sexual tienen un concepto positivo de su cuerpo aunque los resultados no muestran una valoración excesivamente positiva. La mayoría se consideran guapos, con un cuerpo bonito, fuertes y con un atractivo sexual normal o alto. Se sienten preocupados por tener un cuerpo bonito y llevan a cabo un estilo de vida dirigido a mantener una buena apariencia física (Ballester y Gil, 1996).

3.3.3 Estigma

Finalmente, los hombres que ejercen trabajo sexual tienen una doble discriminación (Koken, Bimbi, Parsons y Halkitis, 2004). En primer lugar, por la actividad que ejercen en una sociedad que no considera ético el intercambio económico-sexual. En segundo lugar, por tratarse de sexo con hombres cuando la norma imperante sigue siendo la heterosexualidad (Guasch, 2000; Villaamil, Jociles y Lores, 2004) y el patriarcado.

Como ya se comentó al hablar de inmigración en el colectivo de TMS, el grado de vivencia de estigma de la homosexualidad difiere en función del TMS, de su cultura de origen, de su proceso de socialización y de su red de apoyo social, pero en todos ellos es fuente importante de distrés (Koken et al., 2004). Pero el estigma del trabajo sexual es vivido con gran angustia por la mayoría de ellos. La estrategia que utilizan en mayor medida es la invisibilidad, negando y ocultado a sus familiares y amigos la actividad que realizan (Zaro et al., 2007).

Algunos estudios centrados en hombres que ejercen el trabajo sexual a través de Internet, plantean otras estrategias para hacer frente al estigma y discriminación que acompaña esta actividad. Morrison y Whitehead (2005) proponen cuatro estrategias que

pueden adoptar los hombres que ejercen el trabajo sexual para hacer frente a la constante negatividad que acompaña a esta actividad: el trabajo sexual es una libre elección (enfatan la libre opción de dedicarse a esta actividad), el trabajo sexual es una profesión (la persona usuaria es un cliente y el TMS es un proveedor de servicios), el poder en la relación sexual (el TMS tiene el control del intercambio sexual) y entender diferentes categorías de trabajo sexual (trabajar por Internet es diferente a ejercer en calle).

Para distanciarse del estigma, Koken et al. (2004) dicen que el trabajador sexual puede establecer las siguientes estrategias de afrontamientos según sus diferencias individuales: “covering” (mantener en secreto el ejercicio de su actividad profesional con familiares y amigos), altruismo (justificar el ejercicio del trabajo sexual como una forma de ayudar a los clientes de manera que se liberan de sus matrimonios heterosexuales o los clientes seropositivos que temen decir a sus posibles parejas sexuales que están infectados), trabajo sexual como profesión (autoconvencimiento de que esta actividad es como cualquier otra profesión), “el dinero hace que valga la pena” (el dinero es una justificación y un “analgésico” para vencer el estigma) o trabajo sexual como “norma” en la subcultura gay (contratar servicios sexuales por Internet es algo aceptado y normalizado dentro del colectivo de hombres que tienen sexo con hombres).

Pero, a pesar de las estrategias de afrontamiento que utilicen los TMS para distanciarse del estigma, la invisibilidad y la negación también se muestran en los servicios médicos, lo que puede plantear el problema de adecuación de la prevención y de la intervención a sus necesidades específicas.

CAPÍTULO 4.

LA REALIDAD

PROFESIONAL DE LOS

TRABAJADORES

MASCULINOS DEL SEXO

CAPÍTULO 4. LA REALIDAD PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES MASCULINOS DEL SEXO

4.1. ÁMBITOS DE TRABAJO ACTUALES DE LOS TMS

Con el paso de los años, los espacios donde se ejerce el trabajo sexual no han sufrido grandes cambios, aunque algunos de ellos se han ido organizando de manera más coordinada. Es decir, los TMS siguen ejerciendo su actividad en calle y cines, aunque de manera menos frecuente, pero algunos pisos privados se han reorganizado de una forma más funcional. En función de la localidad y de sus características proliferan unos y no otros con grados de visibilidad muy diferentes.

Además, dentro de cada ambiente de trabajo observamos muchas diferencias en cuanto a procedencia de los TMS o de su profesionalidad, lo que nos rebata, de nuevo, la idea de la existencia de un único tipo de trabajo sexual masculino generalizable a todos los hombres que ejercen esta profesión. La organización de espacios que proponemos a continuación intenta integrar tanto el modelo propuesto por Àmbit Previsió (Meroño y Benjumea, 2000) a raíz de su trabajo en la ciudad de Barcelona como por la propuesta de Zaro et al. (2007) de Fundación Triángulo y su intervención en la ciudad de Madrid. Somos conscientes de la limitación que supone basarse en dos estudios de dos grandes ciudades, pero como ya hemos comentado, las características de cada núcleo urbano y de sus habitantes harán que abunden unos u otros.

Para comenzar, podemos establecer dos grandes bloques en cuanto a espacio se refiere: espacios abiertos y espacios cerrados. Entendemos por **espacio abierto** aquellos espacios públicos que son de uso común para la ciudadanía, como calles o plazas. El fin de éstos son actividades diferentes al trabajo sexual, de manera que esta actividad aparece en ellos como una excepción. Los TMS se caracterizan en estos espacios por su invisibilidad para los viandantes, es decir, pasan totalmente desapercibidos pues no tienen unos signos externos que los permitan reconocer.

Zaro et al. (2007) distinguen entre espacios abiertos físicos (al aire libre y accesibles a todo habitante de la población, donde la invisibilidad es total pues carecen de indicadores de vestimentas, al contrario que las mujeres, e, incluso, en ocasiones son confundidos con traficantes de drogas o carteristas) y espacios abiertos virtuales (canales en los que no hay interacción física donde la negociación previa al servicio

sexual se establece por medio de chats, videoconferencias o llamadas telefónicas). Una diferencia fundamental entre ambos es que en un espacio abierto físico se puede acabar realizando el intercambio sexual allí mismo, mientras que en los virtuales la negociación del servicio incluye dónde se va a realizar (hotel, domicilio del cliente, etc.) aunque, a veces, el servicio se realice dentro de la misma red.

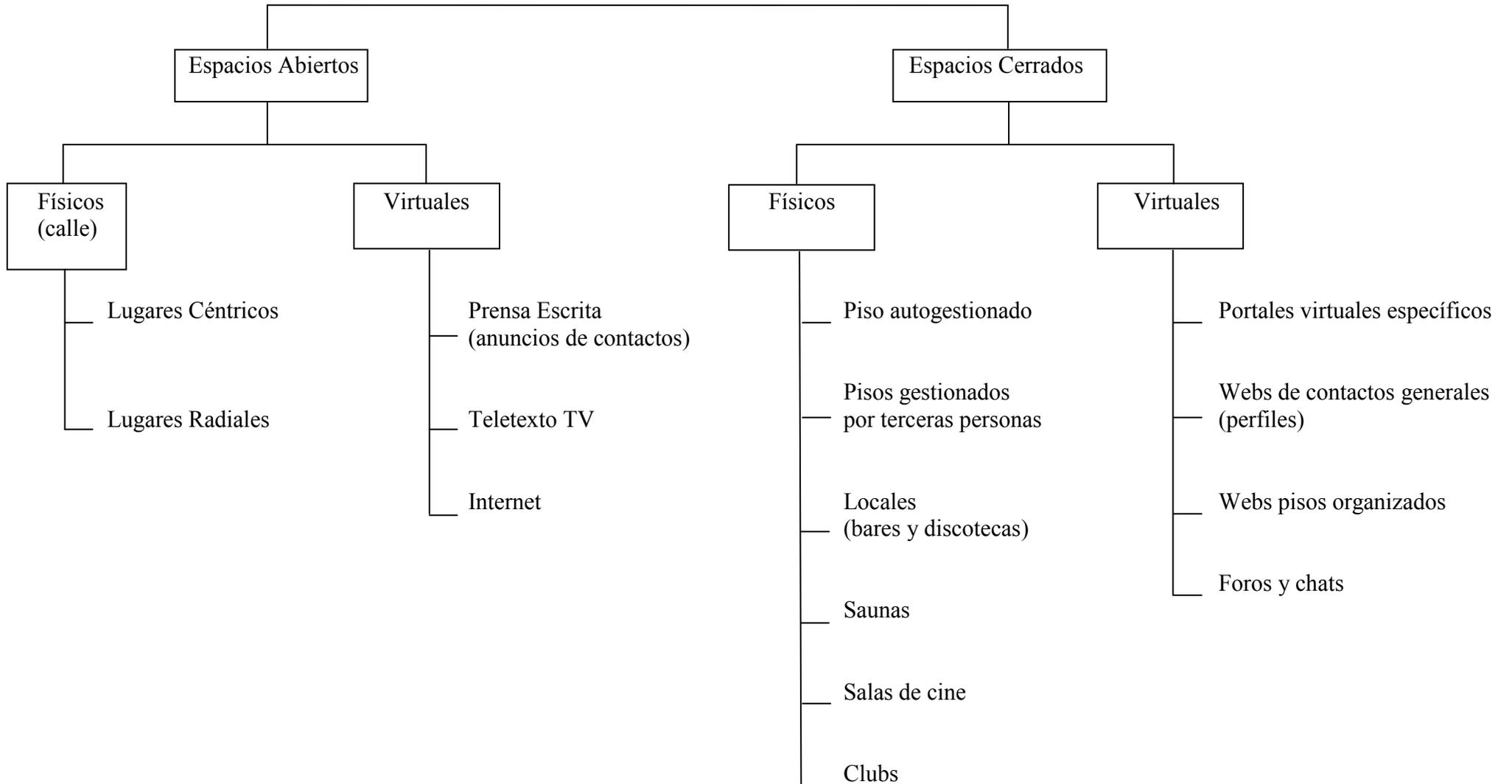
La calle es el lugar donde podemos encontrar mayores diferencias si comparamos localidades, ya que, de entrada, en todas las ciudades no existe el trabajo sexual callejero. Podemos hablar de dos grupos de espacios callejeros. En primer lugar, lugares céntricos, que son espacios muy delimitados donde podemos encontrar tanto turistas y personas realizando sus compras como TMS y sus clientes. El contacto entre el TMS y el cliente es muy discreto, comenzando a aparecer un código de miradas y gestos muy sutiles. En ocasiones, se puede confundir a un cliente o a un TMS con un hombre gay que busca sexo sin pagar (hay lugares donde coincide zona de trabajo sexual con zona de cruising, que son espacios al aire libre donde se intercambia sexo de manera anónima y sin pago económico) o bien con un policía secreta (lo cual preocupa especialmente a los TMS inmigrantes sin papeles). Otras veces, especialmente en la población inmigrante, la mirada de un compatriota puede hacer que el TMS deje el contacto para otro momento, puesto que los contactos sexuales entre hombres son penalizados moralmente en algunas culturas y religiones (más adelante se explica la importancia de la cultura de origen en los TMS y su actividad profesional). En la calle suelen predominar los TMS esporádicos que se dedican a ello por primera vez o por circunstancias concretas, aunque algunos de ellos frecuentan el lugar con asiduidad.

El segundo espacio importante dentro de la calle, son los “lugares radiales”, alejados del núcleo urbano, donde no hay tanta concurrencia de gente y donde es más fácil identificar tanto al TMS como a los clientes, sobre todo en horario nocturno donde suele haber más actividad.

Los chicos que ejercen en calle suelen ser personas con problemas de drogodependencias, con una historia sexual de abusos, con problemas económicos (Kaye, 2007) y con edades mayores que otros chicos que ejercen en otros ámbitos (Mimiaga et al., 2008a).

En lo referente a espacios abiertos virtuales, podemos comenzar por el clásico, que es la prensa escrita y los anuncios de contactos, donde los TMS, en menor número

ESPACIOS DE EJERCICIO DEL TRABAJO SEXUAL MASCULINO
(Meroño y Benjumea, 2000; Zaro et al., 2007)



que las mujeres, ofertan sus servicios ensalzando sus aptitudes físicas y sexuales, como el tamaño del pene. La antesala de las nuevas tecnologías es el teletexto, donde el funcionamiento es muy similar a la prensa escrita. Pero la revolución llegó con la aparición de Internet.

Las nuevas tecnologías han hecho cambiar la forma de relación de los seres humanos y la industria del sexo se ha adaptado a estas novedades, gracias a lo cual ha conseguido llegar a más público de una manera muy rápida y económica. Una característica muy importante es la visibilidad del TMS y la tolerancia del público hacia esta actividad. Los TMS tienen o bien web propia donde ponen toda información que ellos consideran importante para su labor profesional o bien cuelgan sus fotos con su teléfono en páginas específicas de trabajo sexual (anuncios-sex.com). A partir de estos anuncios la negociación del servicio se establece por teléfono o por medio de chats o messenger, pudiendo el cliente crearse una base de datos de los chicos pasando a engrosar la lista de clientes fijos de alguno de ellos, pero también le da la posibilidad al TMS de controlar a sus clientes y decidir si quiere volver a quedar o no con alguno de ellos.

Hasta aquí hemos comentado los principales rasgos de los espacios abiertos en los que se practica el trabajo sexual masculino. Ahora pasamos a comentar las características de los espacios cerrados. Nos referimos con **espacio cerrado** a aquel espacio que a pesar de ser de uso público acceden las personas con unas motivaciones específicas, siendo la orientación sexual de éstas mayoritariamente bisexual u homosexual. Cuentan con un horario de apertura y cierre y en ellos la visibilidad de los TMS y de los clientes es mayor que en calle, con un alto grado de tolerancia y aceptación. El mayor número de TMS y el hecho de estar en un espacio limitado hacen que la competitividad sea mayor, apareciendo aquí la importancia de la imagen corporal, tanto en el físico del propio cuerpo como en la forma de vestir. Siguiendo la clasificación de espacios propuesta por Zaro et al. (2007), también podemos diferenciar entre físicos y virtuales.

El primer espacio cerrado físico que encontramos es el piso autogestionado. Es un piso en el que normalmente vive el TMS que trabaja solo, que corre con los gastos y gestiona la publicidad de sus servicios en diferentes medios de comunicación. El TMS se queda con el total del importe pagado por el cliente. Estos TMS suelen ser

autóctonos, tienen el piso en buenas condiciones higiénicas y conocen bien los mecanismos de transmisión de ITS y VIH. Además, mantienen una alta proporción de clientes fijos (Zaro et al., 2007).

Por otra parte, existen otras viviendas con características e ubicación similares a la anterior, pero en este caso trabajan varios TMS y son gestionadas por una tercera persona (propietario o encargado) que en algunos casos fue, tiempo atrás, trabajador sexual. Este encargado o dueño es lo más similar que encontramos a la figura del proxeneta en el trabajo sexual de chicos. Estos pisos tampoco suelen estar identificados por letreros. Los gastos del piso así como de publicidad (suelen tener página web propia) corren por cuenta del propietario y, generalmente, el TMS se queda la mitad del importe que paga el cliente y el propietario la otra mitad (normalmente, el cliente paga antes del servicio al dueño del piso y al final del día se reparten las ganancias). El encargado o propietario suele estar siempre en el piso y es el encargado de responder al teléfono, recibir al cliente, presentar a los chicos en función de lo que busca el cliente, controlar que siempre haya chicos en el piso, etc.

Los TMS que trabajan en estos pisos “hacen plaza”, es decir, el encargado del piso cede una habitación con varias camas durante un periodo de tiempo. Los TMS no pagan, pero negocian un horario de trabajo en el piso. El tiempo libre que se les concede está entre una y tres horas durante la mañana. Esto dificulta que las personas que hacen plaza tengan contacto con el mundo ajeno al trabajo sexual, con lo que su red social se limita a los compañeros del piso en el que están. La duración de la plaza suele rondar los 21 días, periodo establecido en los pisos de mujeres que se guían por el ciclo menstrual; los pisos de chicos han establecido el mismo periodo. Últimamente, en los pisos coinciden chicos, chicas y transexuales que ejercen el trabajo sexual.

Hay sectores sociales que defienden la necesidad de existencia de estos pisos y la disminución de otros tipos de trabajo sexual masculino, ya que este tipo de agencia organizada es fuente de recursos, apoyo social (limitado a los TMS), de seguridad ante ciertos clientes, etc. Pero también los clientes se sienten más seguros pues, si el trabajador sexual no cumple el contrato o intenta agredirle o robarle, tiene a quién reclamar (Kaye, 2007).

Otro de los espacios cerrados muy frecuentado son los bares y discotecas (también llamados “locales”), tanto de ambiente gay como heterosexual. La visibilidad

y la tolerancia es mucho mayor en los locales gays. El trabajador del sexo y el cliente realizan la negación de servicios sexuales en el local pero dicho servicio se puede realizar fuera del bar o en los baños del mismo local.

También hay mucho movimiento de trabajo sexual masculino en las saunas. La mayoría de las saunas dirigidas al público homosexual se utilizan para establecer contactos sexuales entre hombres, aunque no siempre pagando por ellos. En las saunas, los propietarios no obtienen un beneficio directo de la actividad sexual que se ejerce en el establecimiento; se limitan a cobrar la entrada y las copas a todas las personas que acceden al local. Las saunas suelen tener una distribución de espacios similar: unos vestuarios para cambiarse de ropa, una sala para el bar, las salas de vapores y duchas y las zonas de cabinas para los masajes. Algunas de ellas disponen de privados, cuartos oscuros e, incluso, mini salas de cine para poder ver películas pornográficas.

Hay dos aspectos a resaltar en las saunas. Primero, la elevada competencia existente entre TMS, lo que implica que al despojarse de la ropa el cuerpo sea el principal elemento de venta que tienen los TMS. Y segundo, los intercambios sexuales comerciales suelen tener lugar en el mismo recinto.

En algunas ciudades españolas como Madrid, Barcelona o Valencia todavía existen salas de “cine X”, donde se suele ejercer el trabajo sexual masculino. Pero en estos lugares, el intercambio sexual no siempre es pagando. Las películas emitidas suelen tener un carácter heterosexual o, en ocasiones, bisexual, pero nunca exclusivamente homosexual. Los servicios se pueden prestar en la misma sala de proyección o en los aseos de los cines. Algunas de estas salas tienen, incluso, máquinas expendedoras de preservativos.

Un último espacio cerrado físico, es el club. En España sólo hay constancia de un único local de estas características para el ejercicio del trabajo sexual masculino que está situado en Barcelona (Meroño y Benjumea, 2000). Se trata de locales con licencia, pero no son ni bares ni discotecas. Suelen tener una sala de recepción, un bar y varias habitaciones equipadas para el servicio sexual. El horario es de prácticamente 24 horas y los servicios sexuales los ofrecen tanto hombres como mujeres y transexuales. El beneficio obtenido del cliente se reparte entre la persona que ejerce el servicio sexual y el propietario del local. Algunos de estos locales funcionan ofreciendo la posibilidad de “hacer plaza”.

Los espacios cerrados físicos favorecen, además de la visibilidad y la tolerancia, tres aspectos básicos como son la solidaridad entre los TMS, la transmisión de información (tanto positiva, como dónde acudir en caso de ITS o de una urgencia, como negativa, como rumores sobre falsas medidas de prevención o enfermedades de algún cliente) y la presión de grupo (bajar precios de los servicios se considera competencia desleal y una forma de rebajarse ante el cliente).

En cuanto a espacios cerrados virtuales, en primer lugar existen los portales específicos. Estos espacios son virtuales y tienen como única finalidad la oferta de servicios sexuales. El desconocimiento de la mayor parte de la población de estos espacios, contribuye a la invisibilidad que los caracteriza. En primer lugar, encontramos portales virtuales específicos, es decir, webs donde se publicitan los servicios sexuales de los trabajadores del sexo y que están agrupados por ciudades. Aparecen varias fotografías de cada uno de los chicos realizadas por profesionales y cuidando hasta el más mínimo detalle. Además de las fotos, se ofrece información sobre medidas corporales, roles sexuales, nacionalidad, orientación sexual, tarifas, etc. Algunas webs ofrecen la posibilidad de descargarse un vídeo erótico del trabajador del sexo. No existen intermediarios y son los mismos TMS los que pagan el alquiler de espacio virtual mediante una suscripción mensual.

También encontramos las páginas de contactos generales, en las que el objetivo inicial es establecer relaciones de amistad, de pareja o contactos sexuales esporádicos, pero donde los TMS se han hecho un hueco. Para participar de estas webs, la persona ha de crear un perfil donde cuelga información personal y fotos. Normalmente, los trabajadores del sexo tienen dos perfiles: uno personal y otro profesional, en el que cuelgan fotos eróticas. Estas webs no permiten la existencia de perfiles que promuevan el trabajo sexual ni comportamientos homófobos.

Por otro lado, aparecen las páginas propias de los pisos organizados donde se publicitan instalaciones (fotos del piso e información referente a las instalaciones como número de habitaciones, aire acondicionado, jacuzzi...), chicos (fotos de los chicos que están haciendo plaza con información de su nacionalidad y de sus atributos y roles sexuales) y servicios (tarifas de cada servicio, horarios, desplazamiento a hotel o domicilio donde se cobra un plus por el taxi...). En la página aparece un teléfono fijo y un móvil; el contacto inicial siempre es con el encargado o propietario del piso.

Por último, los foros o chats. Estos espacios van dirigidos a la población homosexual en general y no específicamente al comercio sexual. Los mensajes suelen ser ofertas y demandas de servicios en varias ciudades españolas. Se produce el intercambio de correos electrónicos y, a partir de ese momento, se inicia la negociación.

La aparición de Internet como medio donde ofrecer y comprar servicios está haciendo que muchos chicos cambien su estrategia laboral. Gaffney (2003) informa que los TMS más jóvenes de Londres van abandonado la calle como medio de contacto con los clientes para ofertarse y negociar por internet gracias a la aparición de cafeterías y cibercafés donde por poco dinero pueden contactar con muchos más clientes. Incluso Internet se está convirtiendo en un nuevo medio donde poder tener los primeros contactos con esta actividad profesional (Bimbi, 2007).

Como vemos, los espacios donde los hombres ofrecen sus servicios sexuales están marcados ampliamente por el movimiento homosexual. Una de las razones que ya hemos comentado es el hecho de la pasividad que se espera que tenga la mujer en los roles sexuales, lo que hace que sean muy pocas las clientas mujeres que tienen los TMS.

4.2. ASPECTOS PROFESIONALES DEL TRABAJO SEXUAL EJERCIDO POR HOMBRES

Como ya se ha comentado en otros apartados, plasmar una única realidad social o sexual del colectivo de TMS es una tarea imposible. Las diferencias individuales, debidas a la personalidad, la cultura, la moral, el país de origen, consumo de sustancias, necesidades económicas, lugar de trabajo, etc. hacen difícil poder identificar una sola caracterización profesional común a todos estos chicos.

En este sentido, lamentablemente, el único estudio que hemos encontrado que hace una extensa descripción sobre la actividad profesional de los TMS es el que realizaron Ballester y Gil en 1996 con una muestra de 20 chicos que publicitaban sus servicios en la prensa escrita de Valencia. A pesar de utilizar una muestra de sólo 20 sujetos, en el momento en que se realizó el estudio constituía un 80% de los chicos que anunciaban sus servicios en la prensa de Valencia. A continuación, pasamos a hacer un comentario de dicho estudio en el que se exploraron aspectos como ingresos obtenidos

en el ejercicio del trabajo sexual, prácticas más frecuentes, motivaciones para ejercer esta actividad, características de los clientes, etc.

Las **motivaciones** por las que una persona decide iniciarse en el trabajo sexual son muy variadas. Podemos pensar que lo hacen por necesidad económica, por vicio, por placer o por pagarse alguna adicción a ciertas sustancias. Vanwesenbeeck (2001) afirma que los motivos por los que una persona comienza a ofrecer servicios sexuales son muy difíciles de establecer ya que nos encontramos con una mezcla de factores individuales y estructurales que se entrelazan e influyen en esta decisión. Por estas razones, no podemos hablar de causas sino de factores relacionados con el inicio en el trabajo sexual. Los estudios e informes que se han realizado al respecto hacen referencia siempre a trabajadoras sexuales, pero creemos que algunos de los factores propuestos son extrapolables a la realidad de los TMS.

Cuando los investigadores no encuentran motivos racionales por los que una persona elige dedicarse a esta actividad, tienden a pensar en ellas como víctimas, dando mayor importancia a las motivaciones negativas para trabajar (Vanwesenbeeck, 2001).

En la actualidad el ejercicio del trabajo sexual tiene una fuerte base económica (Pinedo, 2008a) y, aunque ésta no es la única causa, sí que parece ser la más influyente, ya que facilita ingresos económicos de una manera rápida tanto a la persona que ejerce como a su posible familia (recordemos que un alto porcentaje de personas que ejercen el trabajo sexual son inmigrantes) (Allman, 1999; Carter, Harry, Jeune y Nicholson, 1997; Earls y David, 1989; Elias, Bullough, Elias, y Brewer, 1998; Harcourt y Donovan, 2005; Jordan, 2005; Minichiello et al, 2002).

Aunque la decisión de ejercer el trabajo sexual pueda parecerse difícil de entender, si contextualizamos esta decisión nos será más fácilmente comprensible. Como afirma Juliano (2004) *“el trabajo sexual no se realiza en un mundo abstracto. Las personas que se dedican a él no lo hacen en medio de un vacío social o valorativo, sino que se encuentran presionadas por un determinado horizonte de posibilidades reales, en cuyo marco toman sentido sus opciones y donde éstas se concretan en medio de presiones más o menos determinantes. Sólo si conocemos el marco de posibilidades alternativas podemos redimensionar mentalmente nuestra visión de la prostitución y (...) permite entenderla como una opción entre otras posibles o incluso como una estrategia de supervivencia o de autoafirmación”* (p.162)

En el año 2003, la Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres (CIMTM) presentó un resumen de factores explicativos del inicio en el trabajo sexual de la mujeres. Esta propuesta distingue entre factores económicos (paro, explotación laboral, falta de integración en el mercado de trabajo, etc.), educativos (falta de formación, analfabetismo, carencia de información de recursos, etc.), psicosociales (marginalidad, abusos y agresiones, falta de red de apoyo social, consumo de drogas, etc.) y familiares (malos tratos, huida de la familia, separación familiar por no aceptar la situación personal, trabajo sexual inducido por el compañero, pareja o familiar, etc.).

A este respecto, Ballester y Gil (1996) encontraron que la principal motivación de inicio en los TMS entrevistados fue la necesidad económica (55%), aunque aparecen otros factores como que les gustaba (20%) y un 10% integraban ambas motivaciones. El estudio de Luckenbill (1985) va en esta misma línea. Las conclusiones de su estudio muestran que los TMS se dedican al trabajo sexual tanto para obtener ingresos económicos que les permitan subsistir como por una búsqueda de placer sexual. Cabe destacar que el 15% de ellos indicaba que el trabajo sexual era un modo de conseguir dinero fácil, aunque como ya se ha comentado más arriba, hemos planteado la diferencia entre conseguir dinero fácil y rápido y, en este caso, pensamos que el autor hace referencia a la segunda opción, es decir, conseguir ingresos económicos de una manera rápida e inmediata.

Unos años antes, West y de Villiers (1993) encontraron que el 80% de los chicos que entrevistaron también daban como motivación principal la necesidad económica, aunque informan de otros motivos como la ausencia de apoyo familiar, el descubrimiento de un mercado que les permitía ganar más dinero y más rápido que con otras ocupaciones y la preferencia de esta actividad antes que robar o pedir limosna. La curiosidad fue otro de los motivos que dieron los TMS que les hizo probarlo y lo encontraron divertido. Weisberg (1985) llegó a conclusiones muy similares: el 87% se inició por razones económicas, el 27% lo hacía sólo por sexo y el 19% por diversión o aventura. Como vemos, todos los estudios llegan a la conclusión de que el principal motivo de inicio en el trabajo sexual es la necesidad económica.

En el mismo sentido, Uy, Bimbi, Koken y Halkitis (2004), en un estudio con 46 chicos trabajadores sexuales, identificaron tres razones fundamentales por las que los TMS se dedicaban a esta actividad profesional. El motivo fundamental fue los

beneficios económicos. Las otras dos razones que dijeron los TMS fueron, por un lado, un aumento de autoconcepto y, por otro, el placer sexual.

Un estudio muy amplio sobre la realidad de los TMS realizado en el año 2008 en EEUU, también encuentra que la motivación principal para iniciarse y mantenerse en esta actividad profesional es el dinero (Mimiaga et al., 2008a). Otros motivos que mencionan los participantes de este estudio fueron la excitación y el entusiasmo que sintieron en las primeras ocasiones o la sensación de poder y de “empowerment” así como la sensación de control que tienen en el momento del intercambio sexual.

Un aspecto importante relacionado con la actividad profesional de estos chicos es el nivel de **ingresos económicos**. Dada la diversidad de situaciones según países y lugares donde se ejerce el intercambio sexual (pub, calle, sauna, piso...) y las características de cada una de estas situaciones, es difícil generalizar cuánto se puede ganar con este trabajo. De ahí que la investigación pase por alto este tema. A pesar de esto, Ballester y Gil (1996) comprobaron que el 80% de los chicos de la muestra vivían únicamente del trabajo sexual, mientras que un 20% indicó que no vivía de él. En este sentido, el 60% de los chicos no desempeñaba ninguna otra actividad aunque el 35% necesitaba compaginarla con otra actividad remunerada. West y de Villiers (1993) encuentran en Gran Bretaña un porcentaje muy similar, el 84% de los chicos que ejercían en calle no tenía otro empleo.

En cuanto a honorarios, en el mundo del trabajo sexual también aparece la competencia desleal. Existen una serie de tarifas más o menos estables que intentan seguir la mayoría de agencias. Algunas de ellas pueden ofrecer descuentos u ofertas (por ejemplo, el día del cliente o dos chicos por uno). Muy diferente es la situación en otros ámbitos como la calle, la sauna, el pub o los chicos que se anuncian de manera autónoma, donde cada uno marca sus tarifas y negocia con el cliente el precio final del servicio pactado. El factor fundamental para diferenciar tarifas en todos los contextos es el tipo de práctica; se cobra más por un completo que por una felación o una masturbación.

Otro aspecto que diferencia el trabajo sexual en piso organizado (agencia) del resto de lugares es el momento del cobro de servicio. Aunque en todos los casos la negociación es previa al servicio, cuando el intercambio sexual se da en la calle, piso particular, sauna o pub se suele cobrar al final con lo que pueden aparecer problemas o

negativas del cliente a pagar. En el estudio de Ballester y Gil (1996) se vio que el 25% de los chicos habían sufrido alguna situación de estas características. West y de Villiers (1993) indican que el 59% de los chicos que ejercían en calle habían tenido problemas en alguna ocasión; además, ante esta situación el 43% se limitaba a amenazar verbalmente, el 38% llegaba a responder con violencia y el 19% decía que la única opción era resignarse y marcharse. En cambio, en los pisos organizados, la negación y el cobro del servicio se realiza antes de iniciar el intercambio sexual. Además, esta responsabilidad recae, no en el TMS, sino en el encargado y al final del día se produce el reparto entre él y el trabajador sexual de todos los servicios realizados por cada TMS. De esta manera, se evitan las situaciones difíciles relacionadas con el pago del servicio, pero además, tanto el TMS como el cliente, tienen la seguridad de que se va a realizar lo pactado puesto que fuera de la habitación hay una persona que se responsabiliza de que se cumplan las condiciones pactadas, tanto de servicio como de seguridad e higiene.

Pero el estudio de Ballester y Gil (1996) indagó otros muchos aspectos relacionados con la actividad profesional de los TMS, centrándose en qué **prácticas sexuales** son las más habituales en su actividad con los clientes, así como su frecuencia, aspectos éstos muy importantes para poder plantear acciones de prevención tanto de VIH como de otras ITS adaptadas a la población estudiada. Todos los TMS dijeron realizar las siguientes prácticas sexuales: masturbación al cliente, masturbación del cliente al TMS, felación al cliente y penetración anal al cliente. Otras prácticas muy frecuentes fueron felación del cliente al TMS (94%), anilingus (beso negro) (89%), participar en orgías (89%), penetración anal al trabajador sexual (83%), hacer realidad fantasías del cliente (56%), coito vaginal (50%), cunnilingus (39%), masoquismo del cliente (39%), beso negro al cliente (28%), sadismo del cliente (17%) e introducción de objetos en el ano y la vagina (17%). Las prácticas sexuales más extendidas fueron las relacionadas con la masturbación, el sexo oral, la penetración y las orgías.

Si observamos la frecuencia con que han realizado estas prácticas con los clientes, podemos llegar a la conclusión de que prácticas como la masturbación y la felación no sólo las realizan todos los TMS sino que las realizan en casi todas las ocasiones. Pero hay otras prácticas, como la penetración anal al cliente o al TMS o las orgías, que aunque las han realizado la mayor parte de los chicos en alguna ocasión, no son tan frecuentes. En este sentido, las prácticas más demandadas fueron masturbación al cliente (89,5%), felación al trabajador sexual (83%), masturbación al TMS (76%) y

felación al cliente (73%). Otras prácticas menos frecuentes son penetración anal al TMS (44%), penetración al cliente (39%), orgías (37%), coito vaginal (23%), beso negro al TMS (7%) y anilinguus al cliente (5%).

En México, el estudio de Liguori y Aggleton (1998) también indagó por los servicios sexuales más habituales de los TMS con sus clientes y los resultados son muy similares a los expuestos hasta ahora. El servicio más solicitado por los clientes es el sexo oral, seguido de la penetración anal, aunque en mayor medida el cliente prefiere adoptar el rol activo.

Otro estudio que indagó las prácticas sexuales que llevan a cabo los TMS en su actividad laboral fue el realizado en Australia por Minichiello et al. (2002). Estos autores informan que las prácticas sexuales más extendidas con los clientes y que practican casi todos los chicos son las masturbaciones mutuas (95,7%), masajes (93,5%), rozamientos o caricias corporales (92,4%) y el sexo oral con preservativo (87%). Cabe destacar que el porcentaje de chicos que mantenía relaciones desprotegidas con sus clientes es bajo, aunque no por ello menos preocupante. Las prácticas menos comunes eran el sexo anal sin preservativo (4,9% insertivo; 3,3% receptivo), fisting, es decir, la introducción del puño por el ano (6,5%) y el sexo oral eyaculando en la boca (6,5%).

Como complemento a esta información, es interesante conocer qué **servicios se niegan a realizar** los trabajadores sexuales. Ballester y Gil (1996) vieron como razón principal para negarse a ciertas prácticas, la preocupación por su salud puesto que eran conscientes del riesgo que conllevan para la transmisión del VIH e ITS. Otros motivos, fueron la aprensión o el asco ante ciertas prácticas así como la reserva de algunas prácticas sexuales para sus relaciones íntimas y personales. Destaca que un 20% se negaba a hacer nada sin preservativo, aunque el porcentaje más alto (30%) lo encontramos en aquellos chicos que no permitían ser penetrados por los clientes y otro 30% no realizaba el beso negro (también llamado anilingus, consiste en lamer el ano durante la relación sexual) al cliente. Un 25% se negaba a realizar prácticas sadomasoquistas, un 15% no besaba en la boca a los clientes y un 10% se negaría a practicar la lluvia dorada (orinar en el cuerpo de otra persona produciendo excitación sexual, llegando en ocasiones a la ingesta de la misma).

West y de Villiers (1993) encontraron relación entre la orientación sexual del trabajador y el tipo de prácticas sexuales realizadas. En este sentido, los heterosexuales manifestaban una menor disposición a aceptar las demandas de sus clientes, mostrándose más evasivos, reduciendo su actividad sexual al mínimo. Sólo el 17% de los TMS heterosexuales, frente al 50% de los homosexuales y el 33% de los bisexuales, dijeron haber sido penetrados por algún cliente. También destaca la actitud de “machos” que mostraba gran parte de los TMS que se autodefinen como heterosexuales y la homofobia que demostraban. En general, los TMS homosexuales eran más versátiles con los clientes, mientras que los heterosexuales adoptaban un rol más activo, incluso agresivo, con ellos.

La actitud de los hombres que se dedican al trabajo sexual cuando se les pregunta por sus prácticas sexuales es muy abierta y alejada de tabús, aunque algunos de ellos muestran sus reticencias a la hora de reconocer que realizan ciertas prácticas sexuales. Así, es posible encontrar chicos, principalmente heterosexuales, a quienes les cuesta verbalizar que han sido penetrados por los clientes puesto que para ellos es sinónimo de debilidad y feminidad.

4.3. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS USUARIAS

Lógicamente, el comercio sexual no podría existir si no hubiera una demanda de estos servicios. Pero cuantificar y explorar las características de personas usuarias de servicios sexuales es prácticamente imposible dada las reticencias que tienen a participar en cualquier estudio puesto que se mueven por la discreción, la clandestinidad y el anonimato para evitar el rechazo social y ser tildados de viciosos o enfermos. Contratar los servicios de un trabajador sexual es una conducta estigmatizada, especialmente cuando la persona “contratada” es un hombre (Liguori y Aggleton, 1998). Los pocos estudios que hay al respecto se han llevado a cabo principalmente en trabajo sexual femenino.

Las personas usuarias que buscan servicios sexuales son mayoritariamente hombres. De hecho, la mayoría de personas que se dedican al trabajo sexual son mujeres, pero el 99,7% de las personas usuarias son hombres (Cortes Generales, 2007). Estos clientes pueden tener diferentes edades, proceder de diversas clases sociales, tener

distintos niveles formativos y vivir diferentes situaciones afectivas y familiares. Las motivaciones dadas por los hombres clientes del trabajo sexual ejercido por mujeres son cuatro: necesidades sexuales, necesidad de socializar, necesidad lúdica o de diversión y carencias afectivas (Gómez y Pérez, 2009).

A pesar de esto, cabe destacar el estudio realizado por Brongersma (1990) en el que, tras una revisión de diferentes investigaciones europeas, concluye que la mayoría de los clientes de los TMS son hombres de mediana edad, a menudo casados y padres de familia con un nivel socioeconómico bueno. Algunos se consideran poco atractivos o creen difícil encontrar una pareja sexual sin pagar o bien prefieren relaciones sexuales esporádicas o con chicos más jóvenes que ellos. Poco se ha estudiado las motivaciones de las personas usuarias para contratar los servicios sexuales de un hombre trabajador del sexo, pero Romi (2006) indica que los clientes hombres desean satisfacer sus impulsos homosexuales mientras que las clientas mujeres manifiestan una insatisfacción con sus parejas sexuales o una “aventura” informal sin complicaciones sentimentales. No hemos encontrado más investigaciones al respecto por lo que no es posible contrastar esta información.

Ballester y Gil (1996), a causa de la dificultad de contactar directamente con los clientes, consiguió información por medio de los propios TMS. Los chicos entrevistados informaron que más del 90% de las personas usuarias eran hombres cuya edad más representada era en torno a los 40 años. West y de Villiers (1993), por su parte, informan que la diferencia de edad entre los TMS y sus clientes solía ser de 20 años. En cuanto al nivel socioeconómico, siguiendo con el estudio de Ballester y Gil (1996) en Valencia, el 50% de los TMS afirmó que sus clientes tenían un nivel alto y el 35% un nivel medio. Además, el 85% de los TMS suelen tener clientes asiduos o fijos; el 70% de los chicos veían a estos clientes entre una y cuatro veces en el mismo mes.

El tiempo dedicado a cada cliente varía mucho según el trabajador sexual y el tipo de servicio que se pacte. El 5% de los TMS dedican unos 20 minutos, el 35% estaban con el cliente media hora y el 30% mantenía servicios de una hora (Ballester y Gil, 1996). Aunque estos datos podrían indicar que estos chicos tenían muchos clientes al día, la realidad muestra que la mayoría de ellos (45%) sólo tenía dos clientes al día y el 25% no solía tener más de un cliente al día.

Stop Sida Barcelona también llevó a cabo un programa con el objetivo de conocer las características de los usuarios del trabajo sexual masculino. La edad media de los clientes era de 50 años y el 70% eran españoles, frente al un 30% de extranjeros. Más de la mitad (66%) eran homosexuales, el 31% bisexuales y el 3% se declaraban heterosexuales (Villegas y Zaragoza, 2009).

En cuanto al uso del preservativo por parte de los clientes encontramos que el 56,7% de los hombres que habían usado el comercio sexual, habían practicado el sexo anal sin preservativo y el 27,3% manifestó que alguna vez se había roto éste en los últimos doce meses (Benjumea et al., 2002). Los clientes que menos usan el preservativo con las personas que ejercen el trabajo sexual son los mayores de 30 años y los que iniciaron de una manera precoz su vida sexual (Belza et al., 2007).

Por otra parte, uno de los aspectos que más curiosidad puede causar en la población general es la posibilidad de que se produzca un enamoramiento entre el trabajador sexual y alguno de sus clientes. Generalmente, los TMS no suelen tener sentimientos afectivos de enamoramiento hacia sus clientes. Algunos de ellos relatan que se entregan más a un cliente y disfrutan de la relación sexual cuando éste les parece atractivo o le produce morbo aunque esto no es frecuente y, cuando ocurre, el servicio se cobra igual. Además, los TMS suelen poner una barrera ante el cliente que les impide “engancharse” de ellos, barrera que también les es útil cuando un cliente les produce rechazo o les resulta desagradable. Algunos clientes, buscan una continuidad de relación con alguno de los chicos y, aunque busquen menos sexo y más cariño, nunca deja de ser una transacción comercial. En contra de esto, algunos estudios muestran que el “enamoramiento” de un TMS de su cliente es algo más frecuente de lo que podemos pensar (Ballester y Gil, 1996); posiblemente, en estos casos, se confunda el amor con la necesidad de estabilidad y seguridad por parte del TMS y de la necesidad de compañía y sexo por parte de los clientes o, incluso, en algunas ocasiones, se entremezcle las ganas de abandono del trabajo sexual por parte del TMS que espera que algún cliente con dinero le “saque” de esta actividad.

Al contrario de lo que planteamos con respecto a la generalización de las características de los TMS, parece ser que las personas usuarias del trabajo sexual masculino sí siguen un perfil bastante homogéneo. Podemos hablar de clientes hombres,

Capítulo 4. La realidad profesional de los trabajadores masculinos del sexo

de mediana edad, con un nivel adquisitivo medio-alto y que se declaran mayoritariamente homosexuales.

CAPÍTULO 5.

SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACIÓN DE TRABAJADORES MASCULINOS DEL SEXO

CAPÍTULO 5. SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACIÓN DE TRABAJADORES MASCULINOS DEL SEXO

La salud va más allá de la ausencia de enfermedad. La OMS define la salud como el completo bienestar físico, psíquico y social, es decir, la capacidad de realizar el potencial individual y la respuesta que el individuo da al ambiente que le rodea. Cada vez es más importante el papel que juega el individuo en la consecución de la salud, y otros elementos relacionados con el área social, como las redes sociales y familiares o las relaciones interpersonales. La inclusión de estos nuevos factores en el concepto de salud nos lleva al concepto de calidad de vida. La OMS (1994) define la calidad de vida como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.

La calidad de vida se basa en la integración social y en las relaciones interpersonales lo que nos hace pensar de un modo distinto en las personas que, de algún modo, se encuentran al margen de la sociedad (Pinedo, 2008a). Las personas que ejercen el trabajo sexual viven perseguidas por el estigma, la discriminación y la exclusión social provocando grandes carencias en su salud y en su calidad de vida.

La mayoría de estudios que indagan sobre conductas de salud física de las personas que ejercen el trabajo sexual concluyen que estas personas tienen una mayor vulnerabilidad para presentar algunos problemas de salud graves (violencia, drogodependencias, etc.). Algunos estudios muestran que las personas que trabajan en calle y consumen sustancias tienen una mayor tasa de mortalidad que la población general, siendo las principales causas de muerte los homicidios, el consumo de sustancias, los accidentes, el VIH y el cáncer (Potterat et al., 2004).

También encontramos estudios que indican que las personas que trabajan en calle muestran peores condiciones de salud psíquica (depresión, baja autoestima, intentos de suicidio...) que aquellas que ejercen por medio de agencia o pisos organizados (Pinedo, 2008a). Otros indican que un 32% de TMS, en general, tiene una historia clínica de depresión (Mimiaga et al., 2008a). Por otra parte, un estudio de Smith y Seal (2007) encontró que entre los TMS son frecuentes los problemas de salud mental y el consumo de sustancias pero éstos no son atribuibles al trabajo sexual en sí, sino que encontraron otras influencias como factores económicos y de relaciones sociales.

En cuanto a la salud social, los principales obstáculos que vemos en la población de personas que ejercen el trabajo sexual se encuentran en el establecimiento de redes sociales de apoyo, problemas familiares, integración social, etc. Una de las principales consecuencias de estos obstáculos es la dificultad para acceder a redes de apoyo sanitario y otros servicios de salud. En el caso de los TMS que trabajan en pisos organizados, como ya hemos comentado, su red de apoyo social se limita a los compañeros de piso que están haciendo “plaza” al mismo tiempo que ellos, puesto que la mayor parte del día están en el piso y el contacto con el exterior es prácticamente inexistente. Además, la continua movilidad de estos chicos de una ciudad a otra no les permite establecer vínculos sociales en ninguna de ellas.

En cuanto al grado de preocupación por su salud, el único estudio que hemos encontrado que hace referencia a este aspecto es el de Ballester y Gil (1996) que indica que un 65% de los TMS entrevistados dijo tener una gran preocupación por su salud, mientras que al 25% no le importaba nada su salud. De hecho, el 85% de los TMS dijo realizarse controles médicos periódicos, el 35% practicaba algún tipo de deporte y otro 35% cuidaba su alimentación. En general, parece que los TMS cuidan su salud, ya sea por su propio bienestar o por la importancia que tiene su físico en su trabajo. Pero lo que es obvio, es que no son ninguna amenaza para la salud de la sociedad, como veremos en el epígrafe relacionado con el VIH y otras ITS.

5.1. CONSUMO DE SUSTANCIAS

Los estimulantes tienen un papel importante en Europa, no sólo en lo que a consumo de grupos marginales y consumidores de larga duración se refiere, sino también en jóvenes con un buen nivel de integración social, y que consumen drogas mayoritariamente en su tiempo de ocio. El patrón de consumo de estimulantes, no obstante, presenta diferentes pautas: mientras que en los países del este y del sur de Europa el consumo tiende hacia la cocaína, en los países del norte y de oeste la tendencia de consumo es de anfetaminas (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2008).

Por otro lado, en el ocio nocturno es habitual la presencia y consumo de diferentes sustancias. En los espacios cerrados donde se desarrolla el trabajo sexual también es común la presencia de este tipo de sustancias. Es frecuente encontrar alcohol y cocaína en saunas, locales de copas, pisos, etc. Al igual que en la población general,

con el consumo de estas sustancias con fines lúdicos se busca facilitar la socialización en espacios de ocio nocturno donde se ejerce el trabajo sexual.

Como ya hemos comentado las sustancias más consumidas por los TMS son drogas “blandas” como alcohol, tabaco y marihuana (Minichiello et al., 2002; Zaro et al., 2007) y cocaína (Zaro et al., 2007). A menudo, los mismos clientes llevan consigo las diferentes sustancias y animan al TMS a consumir mientras dura la negociación del servicio o durante el intercambio sexual. En especial el consumo de cocaína ha cambiado en cierta medida la relación que se establece entre los propios trabajadores sexuales e, incluso, entre el trabajador sexual y el cliente (McNamara, 1994) Algunos TMS hacen referencia al “cliente de coca”, clientes consumidores de cocaína, con los que los chicos también consumen, y que contratan los servicios del TMS durante siete horas o más, tiempo en el que se pueden reunir varios chicos y/o varios clientes, alternando el consumo de cocaína con juegos sexuales. Incluso hay clientes que lo único que buscan en el TMS es un acompañante para el consumo de sustancias. Muchos son los TMS que hablan del consumo de sustancias como una parte más del encuentro sexual con el cliente (McKeganey, 1994; Mimiaga et al., 2008a). El consumo mayoritario de cocaína puede darse por el efecto euforizante que tiene esta droga, así como por la idea ampliamente extendida de que la cocaína incrementa la potencia y la resistencia sexuales. Estamos viendo cómo el consumo de sustancias se puede producir con los clientes antes del servicio sexual o durante éste puesto que el consumir alguna droga aumenta las sensaciones sexuales y se prolonga la duración del tiempo destinado al intercambio sexual comercial (Parry et al., 2009).

Otro tipo de sustancias que consumen los TMS son éxtasis, cannabis y ketamina, aunque estas drogas las consumen más en su tiempo de ocio que mientras están trabajando.

En general, todos los estudios que han indagado en el consumo de drogas en la población de trabajadores sexuales apoyan la existencia del consumo de sustancias entre los TMS. Así, West y de Villiers (1993) encuentran que casi el 100% de los TMS entrevistados consumían tabaco, 21 de los 50 TMS tenían problemas de consumo de cannabis, 38 habían consumido otras sustancias y 16 de ellos aún lo hacían. Ballester y Gil (1996) también dicen que todos los TMS de su estudio fumaban tabaco, la mitad bebían alcohol habitualmente y el 25% de ellos consumía cocaína. También

Minichiello, Mariño, Khan y Browne (2003) encuentran que el 50,5% de los TMS que entrevistaron consumían alcohol u otras drogas, pero añaden que el consumo de sustancias se relaciona de manera significativa a nivel estadístico con la duración del encuentro sexual con el cliente.

Aunque en los años 80 era habitual el consumo de heroína en los TMS, en la actualidad el consumo de drogas por vía parenteral entre los trabajadores del sexo es casi anecdótico. Posiblemente la importancia que está adquiriendo el culto al cuerpo y la imagen corporal en estos chicos hace que se tengan muy presentes las consecuencias físicas de este tipo de consumo, como pérdida de masa corporal o problemas dentales. Estas consecuencias físicas les harían perder clientes a favor de los chicos con un cuerpo más sano y musculado. Por otro lado, como estamos hablando de drogas caras, el trabajo sexual puede ser un modo de conseguir dinero para mantener el consumo. A veces, incluso puede haber una dedicación al trabajo sexual esporádica como consecuencia del chantaje realizado por parte de un cliente con poder adquisitivo al joven que necesita urgentemente dinero para poder comprar la sustancia.

A pesar de esto, aún encontramos algunos estudios que indican que los TMS son consumidores de cocaína o heroína inyectada (Belza et al., 2001; Minichiello et al., 2002); pero no sólo eso sino que tienen tendencia a intercambiar jeringuillas y a fumar crack lo que les hace más vulnerables a infectarse por el VIH (Kuyper, et al., 2004; Newman, Rhodes, y Weiss, 2004). Belza (2005) encuentra en que el 3,3% de los TMS que se hicieron la prueba del VIH en diferentes centros sanitarios eran usuarios de drogas inyectadas.

En los últimos años han aparecido otras sustancias como la viagra o el popper (Belza et al., 2001; Zaro et al., 2007). Algunos TMS utilizan la primera para los momentos en los que tienen que aguantar largas horas de servicios sexuales, pero esto no supone un consumo generalizado, sino más bien algo puntual. El popper es un vasodilatador que relaja los esfínteres por lo que es utilizado en el momento de la penetración por algunos trabajadores sexuales y clientes. Su efecto dura tan sólo unos minutos.

Ante la propuesta que el cliente hace de consumo de algún tipo de droga, el TMS puede reaccionar de diferente manera: algunos se niegan, otros engañan al cliente

haciéndole creer que han consumido y otros las toman puesto que son consumidores habituales o esporádicos de esas sustancias (Zaro et al., 2007).

Los motivos que llevan al consumo de sustancias han sido estudiados ampliamente en las trabajadoras sexuales femeninas (Goldstein, 1979; Weisberg, 1985) pero los podemos aplicar al mundo de los trabajadores masculinos del sexo (Waldorf y Murphy, 1990). En primer lugar, este colectivo siente la necesidad de consumir alguna sustancia que les ayude a soportar el estrés y, en ocasiones, el rechazo que les supone su trabajo. En segundo lugar, ya hemos comentado que la presencia de sustancias es habitual en locales donde suelen desarrollar su actividad; y, por último, en menor medida y, sobre todo, en el trabajo sexual de calle, algunas personas trabajadoras del sexo se iniciaron en esta actividad para costearse el hábito del consumo. Pero, curiosamente, encontramos algunos TMS que se inician en el consumo de drogas una vez se han introducido en el trabajo sexual, bien por la presión de los clientes, bien por la influencia de sus compañeros y del mundo de la noche.

Aún así, podemos establecer, una vez más diferencias entre los distintos lugares donde se ejerce el trabajo sexual. Así, los chicos que trabajan en calle suelen ser más adictos al consumo de sustancias, sobre todo, a drogas inyectadas. Diferentes estudios han encontrado la mayoría de los trabajadores de calle fuman cocaína y más de un tercio se inyectan drogas. Más de un tercio de estos últimos lo hacen con jeringas usadas y más de un 10% informaron ser seropositivos (Williams, Bowen, Timpson, Ross, y Atkinson, 2006). Este tipo de patrón de consumo difícilmente lo encontramos en los TMS que trabajan en piso organizado gestionado por una tercera persona.

Al igual que ocurre con el uso del condón como barrera de separación con clientes que no resultan agradables para los chicos profesionales del sexo, en el consumo de sustancias encontramos un patrón de comportamiento muy similar. Algunos estudios indican que los TMS hablan del consumo de alguna droga con los clientes para mantener una relación sexual que de otra manera no serían capaces de hacerlo (Mimiaga et al., 2008a).

En resumen, todos estos estudios nos demuestran que muchos de los TMS consumen algún tipo de sustancias, sobre todo drogas “blandas” no inyectadas. El elevado consumo de sustancias en esta población antes y durante la relación sexual con

los clientes supone un riesgo añadido para el bajo e inconsistente uso del condón (Timpson, Ross, Williams, y Atkinson, 2007).

5.2. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Uno de los aspectos de la sexualidad humana que mayor atención ha recibido tanto a nivel sanitario como social y moral, ha sido las infecciones que pueden contraerse por medio de relaciones sexuales. Las actualmente denominadas infecciones de transmisión sexual (ITS), se conocían como “enfermedades venéreas” aunque hacían referencia principalmente a la gonorrea, la sífilis y el chancro blando. Este nombre lo recibieron de la diosa del amor Venus. Sin embargo, al ampliarse el espectro de infecciones sexuales se las agrupó a todas en “enfermedades de transmisión sexual” (Llewellyn-Jones, 1987). Poco a poco han sido dotadas de una terminología más aséptica y menos moralista, siendo en la actualidad el término más aceptado el de “infecciones de transmisión sexual”.

A principios de los años 80 los responsables de la salud pública comenzaron a hablar del sida y de otras infecciones de transmisión sexual. La importancia de controlar y tratar las ITS va más allá de la propia infección, ya que un alto índice de ITS podrían generar a largo plazo un incremento de las tasas de VIH, teniendo en cuenta que al padecer una ITS se multiplica por diez el riesgo de transmisión del VIH (SPNS, 2003). En los años 90 ya se consideraba a los TMS como un foco de transmisión de enfermedades, tanto desde el punto de vista de las ITS como del VIH o de la drogadicción (Bimbi, 2007) como consecuencia en gran medida de la ignorancia y los prejuicios sociales relacionados tanto con las ITS (Llewellyn-Jones, 1987) como con las personas que ejercen el trabajo sexual. De hecho, la población de personas que ejercen el trabajo sexual generalmente ha sido considerada en la sociedad como un factor que puede dañar la salud pública (Anderson, 2002; Romi, 2006).

En la actualidad, los pocos programas de salud dirigidos a las personas profesionales del sexo tienen como objetivo fundamental que lleven a cabo su trabajo de la forma más segura posible y que hagan de intermediarias para promocionar sexo seguro tanto con sus parejas como con sus clientes. Pero al hablar de ITS también es necesario tener en cuenta la heterogeneidad en la industria del sexo a la hora de plantear acciones preventivas y de intervención acordes a la realidad de cada uno de los subgrupos (Segura, Hernández y Álvarez-Dardet, 1998).

Un aspecto a considerar en los programas preventivos y en las intervenciones es la dimensión social de las ITS: la culpabilización de la víctima (Segura et al., 1998). Un sector moralista de la sociedad tiende a criminalizar a las personas que tienen alguna ITS puesto que consideran que se trata de un castigo por la realización de una conducta impropia del ser humano. Este juicio moral se hace extensible de manera aumentada a las personas que ejercen el trabajo sexual pero aún más, si cabe, a los hombres que ejercen el comercio sexual puesto que al juicio moral se une el estigma y la discriminación de la homosexualidad.

En este sentido hay estudios que vinculan el trabajo sexual y algunas ITS. Por ejemplo, Estudios en Reino Unido y Estados Unidos ponen de manifiesto que el uso de Internet como medio de vender o comprar servicios sexuales se ha relacionado con el aumento de casos de sífilis en hombres gays y bisexuales en estos países (Ashton et al., 2003; Klausner, Wolf, Fiscger-Ponce, Zolt, y Katz, 2000). En este sentido, estudios actuales encuentran una tasa de 2% de casos de sífilis en hombres que ejercen el trabajo sexual (Pisani et al., 2004).

Pero los datos nos indican que la prevalencia en las personas profesionales del sexo no es tan alta como podríamos creer. Un estudio basado en mujeres profesionales del sexo en seis ciudades españolas durante los años 1998-2000, muestra que el 24% fueron diagnosticadas de alguna ITS (citado en SPNS 2003). En población masculina, el estudio realizado por Àmbit Prevenció (Meroño y Benjumea, 2000) en la ciudad de Barcelona encontró que el 33% de los chicos que participó en el estudio había tenido en alguna ocasión una ITS (el 13% gonorrea, el 9% ladillas, 5% uretritis, el 4% herpes y el 2% otras). Algo más baja es la prevalencia que encontraron Mimiaga et al. (2008a) puesto que el 28% de los chicos dijo estar infectado por alguna ITS a lo largo de su vida (16% gonorrea, 6% clamidia, 3% sífilis y un 9% otras). Pero lo que llama más la atención de este estudio es que un 25% de los TMS no se había hecho nunca las pruebas de ninguna ITS. Este dato nos refuerza la idea de la necesidad de establecer campañas de salud sexual específicas para TMS en las que se hable no solo de la importancia de las pruebas del VIH sino también de la necesidad de controlar otras ITS.

Por otro lado, un aspecto común en la mayoría de estudios relacionados con ITS en la población de TMS es la alta incidencia de gonorrea. A los estudios ya comentados, podemos añadir otros anteriores como el realizado en por Tomlinson, Hillman, Harris y

Taylor-Robinson (1991) en Londres donde el 18% de los participantes dieron positivo en esta ITS. También es importante destacar que algunos estudios informan de que altos niveles de infección por VIH entre los TMS van acompañados de altos niveles de ITS entre ellos (McKeganey, 1994).

Todo lo expuesto en este apartado pone de manifiesto la necesidad de identificar las conductas sexuales de los distintos grupos de TMS, que no están habitualmente contemplados en los programas de promoción de la salud, y, de esta manera, diseñar intervenciones de prevención de VIH y otras ITS dirigidas específicamente a los hombres que ejercen el trabajo sexual, según las características asociadas al medio donde ofertan sus servicios, y a sus clientes diferenciales. A este respecto, cabe decir que algunos estudios han demostrado que en países donde el trabajo sexual ha sido despenalizado y se ha comenzado a promover como una parte de la industria laboral, los TMS se han hecho más responsables en la práctica del sexo seguro (Donovan, Hart, y Minichiello, 1998).

Puede que la salud sexual no sea una prioridad en el colectivo de TMS y que los servicios especializados de ITS no sean vistos de manera cercana, accesible y beneficiosa para ellos. Por ello, las estrategias de prevención enfocadas al colectivo de TMS deben combinarse con las encaminadas a modificar estilos de vida o adaptar los servicios sanitarios a sus necesidades (SPNS, 2001)

CAPÍTULO 6.

VIH, SIDA Y

TRABAJADORES

MASCULINOS DEL SEXO

CAPÍTULO 6. VIH, SIDA Y TRABAJADORES MASCULINOS DEL SEXO

Este capítulo dedicado al VIH-sida dentro del colectivo de trabajadores masculinos del sexo lo comenzaremos con un breve apartado introductorio sobre epidemiología del VIH con el fin de conocer mínimamente la situación a este respecto de la población general y grupos similares a los TMS en algún sentido. Lo continuaremos con una breve referencia a los modelos teóricos relacionados con la salud, especialmente con la salud sexual, el VIH, la prevención de conductas de riesgo y el uso del preservativo. Y lo finalizaremos comentando algunos aspectos de la realidad de los TMS relacionados con el VIH.

6.1. EPIDEMIOLOGÍA

La epidemia del sida parece, a grandes rasgos, una mera radiografía de las desigualdades sociales que hoy coexisten. Hacer un buen análisis del comportamiento de la epidemia implica necesariamente considerar algunos elementos que ayudan a dibujar su distribución por la geografía. Una variable que parece relacionarse con la epidemia es el auge de la internacionalización de las relaciones, debido a los avances tecnológicos y las migraciones. Además de la importancia de estos factores, la marginalidad, la discriminación y el estigma que todavía hoy sufren algunos sectores sociales son elementos a tener en cuenta en las infecciones por VIH.

Si nos centramos en las conductas de riesgo, las relacionadas con la sexualidad y el consumo de droga se repiten en toda la geografía (ONUSIDA, 2007). A nivel mundial, la conducta sexual de riesgo entre personas heterosexuales parece la principal vía de transmisión del virus aunque en general están aumentando todos los comportamientos sexuales de riesgo, especialmente entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (ONUSIDA, 2007). Una de las prácticas que está aumentando en los últimos años es el manejo de las nuevas tecnologías como facilitador de los encuentros sexuales lo que puede incrementar el número de parejas y prácticas de mayor riesgo como el coito anal, no siempre protegido (Field et al., 2006).

La atención también se ha dirigido a los contextos relacionados con el intercambio comercial del sexo, el sistema penitenciario y el consumo de drogas ilegales. Por ejemplo, ya en la década de los 90, el sida era uno de los principales problemas de salud dentro de las instituciones penitenciarias debido a los múltiples

comportamientos de riesgo (tatuajes, consumo drogas, relaciones sexuales...) y el escaso acceso a medidas de prevención (Bayés, 1995). Algunos estudios estiman en seis veces la probabilidad de estar infectado por el VIH-sida en el entorno penitenciario (Harman, Smith y Louisa, 2007). En un estudio realizado en Moscú se comprobó que ciertos colectivos excluidos como los adultos sin hogar, las mujeres en centros de detención, las trabajadoras del sexo o jóvenes consumidores de drogas de la calle tenían entre 30 y 120 veces mayor prevalencia de VIH que el resto de la población general (Shakarishvili et al., 2005).

Algunos de estos escenarios están asociados a la estigmatización e ilegalidad, lo que dificulta el abordaje de la prevención, tratamiento y atención del VIH. Se trata de grupos poblacionales que tienen poca representación y presencia en las decisiones de salud pública, aunque en la medida en que se ha incorporado su participación han demostrado una gran eficacia en su contribución (O'Reilly, Msiska, Mouli e Islam, 1999). Dentro de lo que podríamos llamar grupos estigmatizados, en Europa Occidental el VIH-sida afecta principalmente a ciertos grupos poblacionales como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las trabajadoras comerciales del sexo o los usuarios de drogas inyectables (ONUSIDA, 2007).

La prostitución masculina o femenina existe en todas las sociedades modernas, con diferentes características y maneras de organización (Romi, 2006). En muchas partes, los consumidores de drogas recurren al trabajo sexual para pagar su hábito y también es fácil que los profesionales del sexo caigan en el consumo de drogas para escapar de las presiones. Incluidos en un contexto que está fuera de la ley, se convierten en uno de los grupos afectados más vulnerables (Ballester y Gil, 1997). Cuando los TMS consumen drogas la probabilidad de utilizar preservativo se reduce considerablemente. Así, en Ciudad Ho Chi Minh, los profesionales del sexo que consumían drogas tenían alrededor de la mitad de probabilidades de usar preservativo frente a aquellos que no consumían droga. En Yakarta, uno de cada cinco consumidores de drogas pagaba por mantener relaciones sexuales y tres cuartas partes de ellos no querían usar preservativos durante la relación. Las tres cuartas partes de los profesionales del sexo de clubes y salas de masaje y el 85% en los prostíbulos dijo no haber usado preservativo con sus clientes en la última semana. En Bangladesh, ni tan sólo uno de cada diez consumidores de drogas, habían usado un preservativo en relaciones sexuales comerciales en el último año (ONUSIDA, 2006). De esta forma, se

aumenta el riesgo de transmisión de los usuarios de drogas infectados a sus parejas sexuales, exista o no una relación comercial. Además, debido a que muchas usuarias o parejas se encuentran en edad fértil, se promueve un incremento del nacimiento de niños ya infectados (Bayés, 1995).

La adolescencia y la juventud son etapas en las que la mayoría de mujeres y hombres que comercian con el sexo inician su trabajo sexual en un marco de desconocimiento sobre su sexualidad, el VIH y los servicios sociosanitarios de protección. Se calcula que en las regiones de Europa Oriental y Asia central el 80% de los profesionales tiene menos de 25 años y que los que consumen drogas intravenosas pueden ser incluso menores (ONUSIDA, 2006). Esta combinación produce una situación de mucho riesgo para la población joven. Así, en San Petersburgo un 33% de los profesionales menores de 19 estaban infectados por el VIH.

La homofobia y los tabúes socioculturales estigmatizan las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, prácticas que podrían ser mucho más frecuentes de lo que se estima (Inciardi, Syvertsen y Surratt, 2005). Muchos hombres que tienen relaciones con otros hombres no se consideran homosexuales y, otros tantos, al compaginar estas relaciones con las heterosexuales descartan que estén expuestos al riesgo de contraer el VIH. Probablemente porque en las primeras fases de la epidemia se otorgó a la población homosexual la responsabilidad y la capacidad de infectarse por el VIH (Thappa, Singh y Kaimal, 2008). Esto, a pesar de que las primeras transmisiones se dieron por relaciones heterosexuales producidas en el continente africano, y de que fueron detectados casos en otro tipo de poblaciones en esos mismos estadios tempranos de la epidemia (Bayés, 1995).

Actualmente, en la población de Estados Unidos y algunos países de Europa se aprecia un rebrote de la epidemia entre hombres que tienen relaciones con otros hombres. De hecho, en Estados Unidos el 66% de las infecciones diagnosticadas en 2006 se atribuyeron a este colectivo (CDC, 2006). Parece que dicho aumento también está vinculado con el consumo de alcohol y/o drogas como la metanfetamina. Se ha comprobado cómo la adicción a esta droga estimulante se relaciona con una mayor incidencia en la tasa de infección por el VIH entre los hombres que tienen relaciones con hombres (Peck, Shoptaw, Rotheram-Fuller, Reback y Bierman, 2005). En Europa del Este, parte de Latinoamérica y Asia Central el sexo entre hombres junto al consumo

de drogas intravenosas puede estar facilitando que en los hombres haya una mayor incidencia de VIH-sida que las mujeres (ONUSIDA, 2006). También en países como España, Países Bajos o Alemania se han incrementado los casos (EuroHIV, 2005).

Probablemente, el hecho de que en algunos países aún esté definida como delito la relación homosexual contribuye a que existan epidemias ocultas. Esto a su vez dificulta que se puedan desarrollar programas adaptados a las necesidades de la población homosexual. Como consecuencia, los proyectos y campañas de “sexo seguro” no atienden demasiado a las relaciones sexuales entre hombres por lo que, para mejorar su eficacia, sería necesario profundizar en este colectivo (Oakman, 2008).

6.2. ALGUNOS MODELOS TEÓRICOS

Hasta la actualidad no existen modelos teóricos específicos para la prevención del VIH en la población de TMS. Existen algunos modelos que se han utilizado en algún momento para analizar las conductas sexuales de riesgo en la población gay y bisexual (Bimbi, 2008) como la Teoría de la acción razonada y el Modelo de Creencias de Salud que también son aplicables al colectivo de TMS.

6.2.1. El modelo de creencias de salud

El modelo de creencias de salud (Rosenstock, Strecher, y Becker, 1980) concibe a la persona como un sujeto racional, un tomador de decisiones lógicas que trata de maximizar los beneficios y minimizar los costos o riesgos de su conducta. La persona define su acción desde la valoración subjetiva de una determinada expectativa, es decir, de lo que piensa que puede ocurrir y, por tanto, lo que puede ocasionar (o no) algún tipo de consecuencia en su bienestar.

Se parte, por tanto, de una premisa lógico-racional en la que la persona compara costes y beneficios de adoptar ciertos comportamientos. Por ende, la probabilidad de que una persona tome medidas preventivas cuando se enfrenta a un riesgo específico para su salud dependerá de factores relacionados con las creencias como la susceptibilidad percibida, la gravedad percibida acerca de la enfermedad, los beneficios que se prevén, las barreras percibidas, las señales de atención, el grado de autoconfianza y el grado de importancia de la salud para la persona.

A través de esta propuesta, el modelo defiende que la percepción individual determina el comportamiento de la persona y no el ambiente en el que se socializa.

Dicho ambiente no se relaciona, necesariamente, con las denominadas “señales de atención” que, en el contexto de la conducta, recuerdan al sujeto la realización de actuaciones preventivas.

Según la propuesta, el primer elemento que facilitará la conducta lo constituirá el ser consciente de la existencia de un riesgo de enfermarse y de la valoración de cierta gravedad en las consecuencias de la enfermedad. En paralelo, las barreras percibidas, al igual que ocurre con los beneficios, parece que serán más relevantes en cuanto la percepción del peligro aparezca en la persona (riesgo y gravedad). También la autoeficacia se propone como un elemento determinante, sobre todo, si la conducta implica ciertas destrezas.

En el campo de la salud el valor sería el deseo de evitar la enfermedad o de mantener la salud y la expectativa, la creencia de que una determinada acción saludable puede evitar la enfermedad (Espada y Quiles, 2002). En el caso concreto del VIH-sida implica que las personas deberían: creer que el sida es grave; que ellos están en riesgo; tener indicadores de ese riesgo; conocer los mecanismos de prevención del VIH; estar motivados para hacer los esfuerzos y tener recursos para desarrollar las conductas seguras (Páez, Ubillós, Pizarro y León, 1994). Las estrategias, deberían promover la autoeficacia, facilitar la percepción de riesgo y de gravedad de la enfermedad y, respecto a la conducta segura, minimizar los costos y aumentar los beneficios (DiClemente y Peterson, 1994).

En su conjunto, es importante resaltar cómo a través del modelo se recalca la importancia de que las personas participen y ejerciten la prevención como tomadores de decisiones racionales y como agentes determinantes para la realización de la conducta saludable. La importancia de este modelo radica en dar ciertas pautas para el diseño de las estrategias de prevención de riesgo que, por un lado, deberían promover la autoeficacia, facilitar la percepción de riesgo y de gravedad de la enfermedad y por otro, respecto a la conducta segura, minimizar los costos y aumentar los beneficios.

6.2.2. Teoría de la acción planeada

La Teoría de la Acción Planeada (Ajzen, 1991) aborda la relación entre los componentes cognitivo-emocionales que forman parte de los esquemas mentales de las personas y las conductas y hábitos que desarrollan. Se asume que los factores

psicológicos (características afectivas y cognitivas) y sociales (tipo de relaciones, normas socioculturales, etc.) actuarán facilitando o inhibiendo la manifestación de una conducta humana (Carpi y Breva, 2002). A partir de la Teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) se propone un modelo estructural de valor esperado que integra en su desarrollo la racionalidad instrumental y la variable de la normativa cultural. La predicción del comportamiento humano se estima desde el papel protagonista de los procesos cognitivos y, en concreto, desde la importancia de la intención de las personas para ejecutar las conductas. Una vez determinada la conducta en la intención de realizarla influirán, principalmente, tres elementos:

- La actitud hacia la conducta, como la percepción de las consecuencias de realizarla y los valores que para cada persona tienen dichas consecuencias.
- La “norma subjetiva”, de carácter colectivo y social, como referencia a lo que las personas piensan que es relevante en su medio y en qué medida están dispuestas a cubrir dichas expectativas (Fishbein y Ajzen, 1975).
- La percepción del control sobre la conducta, es decir, la autoconfianza que las personas tienen sobre su posibilidad para conseguir la conducta considerando, además, las variables del entorno

La actitud vendrá determinada por las creencias que la persona posea sobre las características de la conducta, sus consecuencias o los costos de realizarlas y por la evaluación que haga sobre las mismas. La norma subjetiva, por su lado, es el resultado de las creencias que la persona tiene sobre lo que le agrada a sus otros significativos y su motivación por agradarles, asimismo la percepción que tiene sobre si los demás quieren o no que cambie. La percepción de control se construye sobre la creencia que la persona tiene sobre su capacidad (conocimientos, habilidades y destrezas) para realizar la conducta y sobre la existencia de factores externos (oportunidad de acción, obstáculos, tiempo, etc.) que dificultarán o facilitarán dicha ejecución.

En un estudio realizado en Estados Unidos por Fishbein, Middlestadt y Hitchcock (1994) se observó cómo para las trabajadoras comerciales del sexo la única ventaja personal de usar condón en el sexo oral era no tragarse el semen y en el vaginal evitar el embarazo no deseado, frente al nivel social en que percibían el inconveniente de reducir el número de clientes como consecuencia de proponer el uso del preservativo.

Además, dentro del grupo observaron diferencias en función de la variable étnica en cuanto a la importancia otorgada a la actitud y a la percepción de control. En esta línea, mientras las trabajadoras hispanas estaban preocupadas por sus efectos en la salud (fricción del preservativo en sus genitales), las afroamericanas lo estaban por la disminución de su placer y las nativas, por la gestión del preservativo (costo, adquisición, incomodidad de ponerlo).

Esta concepción teórica aporta una perspectiva interesante en cuanto que otorga un rol activo a las personas que definen su acción a partir de unas creencias y actitudes personales en interacción con el medio, confiriendo un papel importante a los procesos cognitivos individuales y sociales. Contextualiza la acción en una bidireccionalidad constante de influencias: si bien el medio puede modificar las acciones de las personas, también éstas son capaces de modularlo en función de sus objetivos y resultados. Se resalta la importancia de considerar las diferencias individuales y culturales en los programas de abordaje y se critica la homogeneización de la población por parte de algunas estrategias de comunicación social. Se propone como estrategia del cambio de creencias, una metodología participativa que permita a la persona experimentar directa e indirectamente las fuentes de información (Fishbein y Ajzen, 1975) y considere el cambio conductual como un proceso. Respecto a la población meta, se consideran otros tres aspectos (Fishbein, 1990):

- Si bien es cierto que existen poblaciones de riesgo, no lo son por su tendencia sexual, su etnia o su creencia religiosa, sino por su habilidad y capacidad de manejar las situaciones de riesgo.
- Es necesario conocer los condicionantes externos en las situaciones de conducta de riesgo de la población a atender.
- Es importante averiguar los hábitos y el ritmo evolutivo de las conductas de riesgo en la población, con el propósito de iniciar el abordaje con anterioridad a la etapa de inicio de la conducta sexual.

6.3. LA REALIDAD DEL SIDA EN LA POBLACIÓN DE TRABAJADORES SEXUALES

Habiendo transcurrido más de 20 años desde el comienzo de la epidemia del sida, más de 60 millones de personas se han infectado por VIH en el mundo. África

Subsahariana sigue siendo el centro de la epidemia mientras que Europa oriental y Asia central tienen el crecimiento más rápido. En España se han diagnosticado más de 77200 casos de sida, de los que en el 22,3% el mecanismo de transmisión ha sido sexual (hetero u homosexual) (Vigilancia Epidemiológica del Sida Instituto de Salud Carlos III, 2008).

A la hora de iniciar programas de prevención de VIH uno de los elementos fundamentales es tener un buen conocimiento de la realidad en la que se va a intervenir. Por ello, es necesario profundizar en el conocimiento de los factores psicosociales que influyen en la realización de conductas de riesgo en los TMS y, por supuesto, mejorar la facilitación de su cambio a través de estrategias de prevención de riesgos. En relación al sida, en la actualidad existen tres realidades primordiales: primero, la prevención es el único medio eficaz de acabar con el sida; segundo, los programas de prevención se han revelado eficaces en el cambio de las condiciones de riesgo; y tercero, desconocemos cuáles son los ingredientes o elementos más eficaces en este cambio comportamental que podrían optimizar la eficacia de los programas (Giménez, 2008).

Sería conveniente continuar avanzando en el desarrollo de estrategias dirigidas a prevenir la transmisión sexual del VIH, especialmente en los grupos de población más vulnerables, como las personas que se dedican al trabajo sexual. Además, la importancia de la prevención del VIH y otras ITS en este colectivo es fundamental dado el papel que pueden desempeñar en la difusión de infecciones de transmisión sexual y sida entre la población general. Son varios los estudios que nos indican que los TMS, principalmente de calle, que intercambian favores sexuales no solo por dinero sino también por drogas, un sitio donde dormir o por otros favores, son un sector de la población de alto riesgo para la infección y transmisión del VIH (Mimiaga et al., 2008a).

Desde diferentes ámbitos sanitarios, los TMS son considerados un colectivo vulnerable para la infección del VIH (Bimbi y Parsons, 2005; Weinberg, Worth y Williams, 2001) y de otras infecciones de transmisión sexual, debido a la cantidad de factores relacionados con la infección como el número diario de clientes, la frecuencia de relaciones sexuales, el tipo de prácticas sexuales, la frecuencia del uso del preservativo o la historia previa de ITS (SPNS, 2008). Además, existen otra serie de factores que pueden aumentar la vulnerabilidad de infección por VIH de las personas que se dedican al trabajo sexual: la discriminación y la marginación (el doble estigma en

los TMS), la falta de acceso a los servicios de salud, sociales y jurídicos, la carencia de información, aptitudes o poder para la negociación del uso del preservativo; y factores asociados al estilo de vida (consumo de sustancias o movilidad) (SPNS, 2005; SPNS, 2008). El riesgo de infección por VIH en la población de TMS varía ampliamente en función del lugar y las circunstancias en las que se ejerce el trabajo sexual, aumentando la posibilidad de infección cuando se añade el consumo de drogas inyectadas. Por estos motivos el sida es un aspecto muy analizado en la escasa investigación sobre TMS (McNamara, 1994).

Todos estos factores pueden afectar del mismo modo tanto a hombres, como a mujeres o personas transexuales que se dediquen al trabajo sexual. Pero una de las diferencias más importantes entre los hombres y las mujeres profesionales del sexo es la elevada tasa de prevalencia de infección por VIH que presentan los hombres (Romero et al., 2007). En general, la prevalencia de VIH en TMS es del 19,8% frente al 0,8% de las trabajadoras del sexo (TFS) (Zaro, 2007). Comparando a hombres y mujeres que ejercen el trabajo sexual, los TMS practican un mayor número de prácticas sexuales del alto riesgo y registran una mayor prevalencia de infección (Belza et al., 2001). Según la SPNS (2005), la prevalencia de VIH en TFS que no consumen drogas inyectadas es del 1%, mientras que en el caso de los TMS la tasa asciende hasta el 10%. En un estudio realizado por el grupo de trabajo EPI-VIH en 20 centros de prevención de VIH en España entre los años 2000 y 2002, de las 47922 personas que se habían hecho las pruebas de detección del VIH, 418 (0,87%) eran hombres trabajadores sexuales. Entre éstos, la prevalencia del VIH fue del 12,2%, llegando al 16,9% entre los que se realizaron la prueba por primera vez. Este mismo estudio nos dice que de los TMS que ejercen en la calle, la prevalencia encontrada fue del 60% para los consumidores de drogas inyectadas, disminuyendo al 11% en aquellos que no habían consumido este tipo de sustancias (SPNS, Grupo EPI-VIH, 2002).

Como la mayor parte del trabajo sexual que realizan los TMS es de carácter homosexual (Weinberg, Worth y Williams, 2001) es interesante comparar la prevalencia del VIH entre este colectivo y el de hombres que mantiene relaciones sexuales con otros hombres (HSH). En un estudio con 716 HSH se encontró una prevalencia del 7,3% y una incidencia del 4% entre los que se dedicaban al trabajo sexual, mientras que los que no ejercían esta actividad mostraban una prevalencia del 1,1% y una incidencia del 0,9% (Weber et al., 2001).

El discurso que verbalizan los TMS con respecto al uso del preservativo como método de prevención tanto del VIH como de otras ITS es coincidente con el que se les transmite desde las instituciones. Pero, los diferentes estudios realizados, demuestran que, si profundizamos un poco, este discurso se desmonta (McKeganey, 1994; Zaro et al., 2007), y, aunque la utilización del condón es frecuente, no lo es tanto como debería. Por ejemplo, cuando hablamos de sexo oral el uso de condón es casi inexistente.

Además del carácter preventivo que tiene el preservativo en lo que a infecciones se refiere, en muchas ocasiones, el uso del condón se entiende como una barrera que establece el TMS con los clientes. Está lleno de una carga simbólica, es decir, protege del cliente que provoca “asco” (Zaro et al., 2007). Los TMS han llegado a categorizar a algunos de sus clientes como “*marrieds, easy trade, undesirebles, sugar daddies and heaven trade*” (Browne y Minichiello, 1995). Algunos estudios indican que el uso del condón se hace necesario por parte del TMS cuando el cliente les resulta desagradable y esto se hace especialmente evidente cuando la diferencia de edad entre el trabajador sexual y el cliente es muy amplia (Smith y Seal, 2008).

Otra de las características que acompaña el uso del preservativo es la distinción que hacen los TMS entre relaciones sexuales profesionales y relaciones sexuales personales. Si bien el uso del condón con los clientes está muy extendido, con sus parejas no lo suele estar tanto (Bimbi, 2007; Bimbi y Parsons, 2005; Bloor, McKeganey y Barnard, 1990; Estcourt, Marks y Rohrsheim, 2000; Joffe y Dockrell, 1995; Meroño y Benjumea, 2007; Pinedo, 2008b; Rietmeijer, Wolitski y Fishbein, 1998; Rojas, 2007), llegando algunos estudios a mostrar diferencias muy grandes en este sentido. Por ejemplo, hay estudios en los que el 89% de los TMS usaban el condón siempre con los clientes en penetración anal mientras que este porcentaje bajaba al 41% en sus relaciones personales (Belza et al., 2001). Es una manera de diferenciar entre lo público y lo íntimo, lo que verdaderamente importa, y es una forma de demostrar amor y confianza (cuando no usan el condón con la pareja, los TMS suelen indicar que previamente se han hecho las pruebas de detección del VIH y mantienen un control periódico en este sentido). Algunos autores alertan del peligro que supone la ausencia de preservativo en lo profesional para el aumento de la infección en la población general, puesto que en sus relaciones personales el uso del condón es bajo (Bimbi y Parsons, 2005; Morse, Simon, Osofsky, Balson y Gaumer, 1991; Morse, Simon, Balson y Osofsky, 1992).

West y de Villiers (1993) en su estudio con TMS de Gran Bretaña indican que casi todos los trabajadores sexuales conocían ciertas prácticas de riesgo, como el sexo anal, pero tenían una gran confusión en cuanto al riesgo potencial del sexo oral. Aún así tenían una buena percepción de riesgo sobre su actividad profesional e intentaban reducirlo de manera consciente. El estudio de Ballester y Gil (1996) muestra que todos los TMS entrevistados decían conocer las prácticas de riesgo de infección del VIH, aunque, cuando se les preguntó por las vías de transmisión, mostraron algunas creencias erróneas. Todos sabían que la felación sin preservativo tragando semen y el coito anal y vaginal sin condón eran prácticas de riesgo. Sin embargo, algunos de ellos sobreestimaron el riesgo de algunas prácticas como el sexo oral con preservativo (11%), el coito anal con preservativo (16%), el coito vaginal con preservativo (5%) o los besos con intercambio de saliva (37%). Pero también encontraron errores por subestimación como los que pensaban que no había riesgo en la felación sin preservativo si no se tragaban el semen (26%) o en el cunnilingus (42%). Ambos tipos de error tienen consecuencias negativas para los TMS, puesto que los de sobreestimación limitan su actividad y los de subestimación conllevan más peligro para ellos y sus clientes. Además, algunos estudios demuestran que aquellos TMS que tienen un mejor conocimiento sobre los riesgos asociados a las conductas sexuales de riesgo, muestran actitudes más positivas hacia el uso del preservativo (Minichiello y Mariño, 2001).

Pero, tal y como indican Zaro et al. (2007), pueden existir otros factores o significados para el uso del preservativo con los clientes. Ya hemos dicho que el condón aparece en las relaciones que provocan asco (Smith y Seal, 2008) pero puede desaparecer en aquellas que resultan atractivas. Por otro lado, puede disminuir el uso del preservativo con aquellos clientes fijos o estables (Allman, 1999; Mi, Zhang y Zhang, 2007) o con los que se ha creado un clima de confianza, lazos de cariño o amistad. Serían motivos éstos, reflejo de una reducción de la percepción de riesgo que tienen los TMS de estos clientes, bien por su carácter amable, bien por su aspecto físico atractivo y sano, bien por otros factores.

Otro posible factor que influye en la no utilización del preservativo podría ser la relación sexual que se establece con otro TMS. Esta relación sexual puede ser solamente entre dos TMS donde no estaría presente el condón, pero también cuando en un servicio se realiza un trío en el que con el cliente se usa condón pero entre los TMS no lo hacen (Zaro et al., 2007).

Continuamente estamos haciendo referencia a que el colectivo de TMS está repleto de diferencias y que no existe un único patrón de comportamiento. La mayoría de estudios sobre VIH se centran en TMS de calle pero, como podemos suponer, existen diferencias en cuanto a prácticas sexuales y uso del condón con los TMS que ejercen en otros lugares o se anuncian en otros medios. Parsons, Koken y Bimbi (2004) encontraron que de 46 trabajadores que ofrecían sus servicios por Internet, el 39% refirió haber realizado alguna forma de sexo anal desprotegido con sus clientes.

Si hacemos una breve referencia al uso del preservativo según la procedencia del TMS, encontramos que los inmigrantes utilizan mucho menos el preservativo con sus clientes que los españoles independientemente de que se trate sexo anal insertivo o receptivo o sexo oral. Pero esta menor frecuencia de uso del condón entre población inmigrante también la encontramos en sus prácticas sexuales personales (Belza et al., 2001). Estos datos hacen plantearnos la importancia de tener presente el bagaje cultural y sexual de los TMS inmigrantes cuando se planteen programas de prevención e intervención de sida dirigidos a la población de trabajadores sexuales (Romero y Grupo EPI-VIH, 2004), puesto que este menor uso de preservativo en lo profesional y en lo personal puede disparar las infecciones por VIH y otras ITS.

Siguiendo con el uso del preservativo, Belza et al. (2001) indican que en un estudio con hombres que ejercían el trabajo sexual en la calle el uso del preservativo era solamente del 52% con los clientes y del 41% en sus relaciones personales. La diferencia en el uso del condón entre TMS que trabajan en calle y los que trabajan en espacio cerrado se ve de una manera muy clara en un amplio estudio realizado por Meroño y Benjumea (2000) de *Ámbit Prevenció*. De los trabajadores sexuales de calle un 8% dijo no usar nunca el condón con sus clientes (este porcentaje baja al 5% en clientes fijos), el 17% dijo utilizarlo a menudo con sus clientes y sólo el 61% lo usaba siempre (54% con clientes fijos). En saunas, el 4% de los TMS dijo no usar nunca el preservativo con sus clientes y el 4,5% no lo usaba nunca con los clientes fijos. En cuanto a los TMS que ejercen en pisos, ninguno dijo no utilizar nunca el condón, con independencia del tipo de cliente; sólo el 4% dijo utilizarlo a veces con lo fijos. El 96% de estos TMS lo usan siempre con sus clientes y el 92% indicó utilizarlo siempre con los clientes fijos. El motivo principal que refieren los TMS para no usar el preservativo fue que el cliente no quería, aunque un 34% de los TMS de calle indicó que no le gustaba usar condón.

Investigaciones recientes encuentran tasas más bajas de uso del preservativo. Así, Mimiaga et al. (2008a) informan que un 41% de los TMS que participaron no usaban el condón cuando practicaban sexo oral. En cuanto a la penetración anal con clientes, el 50% mantuvo relaciones anales receptivas desprotegidas y el 31% relaciones anales insertivas sin preservativo. En este sentido, Zaro (2009) encuentra que el 50% de los TMS de su estudio mantenía sexo oral con sus clientes sin preservativo. Además, el 20% informó que practicaba esporádicamente con los clientes coito anal insertivo sin protección, el 11% mantenía coito anal receptivo sin condón de manera ocasional y el 7% practicaba la penetración anal receptiva habitualmente sin condón. También De Cai et al. (2009) encuentran en un estudio realizado con TMS de China que el uso del preservativo es bajo, tan solo el 37,1% de sus participantes informan de un uso consistente del condón con sus clientes. Pisani et al. (2004) indican que el 64,8% de los TMS entrevistados informaron que habían mantenido recientemente sexo anal desprotegido con sus clientes.

Estudios anteriores también muestran tasas más bajas de uso del preservativo con los clientes. Ballester y Gil (1996) vieron que solo el 70% de los TMS de su muestra utilizaba siempre el preservativo, mientras que un 25% únicamente usaba condón en la penetración anal al cliente. En cuanto al sexo oral, solo un 20% lo usaba en la felación al cliente y un 15% cuando se invertían los papeles. Un dato interesante que reveló este estudio es que el 95% de los TMS dijo que eran ellos los que proponían el uso del condón con el cliente y que incluso encontraban clientes que les ofrecían más dinero por no utilizarlo. Llama la atención el hecho de que este estudio mostrara que el nivel cultural de los clientes era alto con lo que imaginamos que su información sobre sida y sus vías de infección serían mejores que las de los TMS. Esto puede hacer plantearse a la sociedad quiénes constituyen, en realidad, un peligro para la salud pública. Datos de la SPNS (2001) aún informan de un uso menor aún del preservativo, encontrando que tan solo el 52% de los TMS utilizan el condón con sus clientes y el 41% en su vida privada.

Si miramos los datos existentes sobre uso del preservativo entre las mujeres trabajadoras del sexo, vemos que, aunque, actualmente, no existen grandes diferencias con los TMS, éstas muestran una mayor frecuencia en el uso del condón con los clientes. En un estudio realizado por el Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida de Cataluña (CEEISCAT), se ha visto que el

95,5% de estas mujeres usa el condón con sus clientes y el motivo que dan para no utilizarlo es el grado de conocimiento y de confianza en el cliente (Folch et al, 2009).

Estos datos avalan la idea de que cada medio de trabajo está rodeado de unas características muy diferentes y con algunas necesidades diferenciadas (Parsons, Koken y Bimbi, 2007), por lo que a la hora de establecer campañas de prevención y de intervención de VIH es necesaria la adecuación ya no sólo al colectivo de TMS, sino a cada uno de los diferentes grupos existentes en este colectivo tan desconocido como diverso. Debe existir una cultura de prevención e intervención diferente entre TMS que buscan a sus clientes en la calle, por Internet o por otro medio (Mimiaga et al., 2008a; Minichiello et al., 2002).

Pero los TMS han desarrollado otras estrategias dentro de su contexto laboral para reaccionar ante clientes que no quieren utilizar el preservativo (Minichiello et al., 2002). La estrategia principal es la exclusión en la relación sexual de la penetración; aunque también son selectivos a la hora de elegir a los clientes (tanto los propios trabajadores sexuales como los encargados de los pisos organizados que supervisan la elección que hace el cliente del chico con el que van a mantener el intercambio sexual). Un estudio en Melbourne identificó seis estrategias con las que los TMS logran un encuentro sexual seguro: transmitir al cliente que el sexo seguro es placentero; enseñar al cliente aspectos sobre sida e ITS; proponer prácticas sexuales que eviten el intercambio de fluidos o la penetración; rebatir los argumentos del cliente sobre sexo inseguro con otros a favor de prácticas sexuales protegidas; hacerle creer al cliente que no están usando el condón o ponérselo sin que se entere; por último, cuando el cliente insiste en sexo inseguro, el TMS le dice al cliente que se busque a otro chico (Browne y Minichiello, 1995).

Las motivaciones que tiene el colectivo de TMS para usar el condón en su actividad profesional las resumen muy bien Smith y Seal (2008) en las conclusiones de su estudio en el que participaron 30 chicos. Los motivos que dieron los TMS para practicar sexo seguro se agrupan en cinco grandes bloques: motivos relacionados con la salud (evitar infección por VIH y otras ITS y las consecuencias que esto supondría para su vida personal y profesional); intimidad emocional (evitar contactos que puedan parecer excesivamente íntimos con el cliente; con la pareja no profesional usan menos el preservativo); atractivo de los clientes (el sexo seguro es una manera de protegerse

ante los clientes que ellos consideran desagradables físicamente o por higiene); influencias interpersonales (la opinión, los consejos y la valoración que pueden tener otros compañeros de trabajo y la propia familia y amigos); y factores estructurales (muchas agencias y pisos organizados obligan a los chicos a mantener sexo seguro, prohibiendo el acceso de clientes que no acepten usar condón, aunque como dicen los encargados de este tipo de pisos “una vez se cierra la puerta de la habitación, ellos son dos personas autónomas que saben las consecuencias de sus conductas”).

En el colectivo de TMS, una de las formas de medida del uso del condón es la tasa de VIH, pero la realización de las pruebas por parte de estos chicos va acompañada de algunos factores también característicos que hace que este dato no sea del todo fiable. Las altas tasas de TMS inmigrantes que están en nuestro país en situación irregular o los aspectos culturales ya comentados diferenciales sobre sexo y sexualidad hacen que muchos de los hombres que se dedican al trabajo sexual sean reacios a hacerse las pruebas de detección de anticuerpos. A pesar de esto, cada vez son más (aunque insuficientes) los programas que desde diferentes ONGs se están poniendo en marcha para concienciar de la necesidad de realización de las pruebas o de programas acompañamiento y asesoramiento o de prueba rápida de VIH. En otros países, la tasa de TMS que se han hecho el test del VIH es mucho muy alta, llegando al 88,6% en Australia (Minichiello et al., 2002).

Timpson et al. (2007), en una muestra de 179 hombres que comercian con sexo, encontraron que el 76% de los participantes había dado positivo al realizarse las pruebas del VIH. Pero hay que tener en cuenta que este estudio se realizó con hombres que ejercen en calle y este sector del colectivo de TMS es más proclive al consumo de sustancias, incluso drogas inyectadas, como muestra también este mismo estudio. Por su parte, Mimiaga et al. (2008a) indican que el 31% de su muestra estaba infectado por el VIH.

Pero otros estudios muestran tasas de infección por VIH más bajas. Así algunos de ellos indican tasas de infección del 21% (West y de Villiers, 1993) o del 22% (Grandi, Goihman, Ueda y Rutherford, 2000). Esta última investigación, además, muestra que la infección por VIH aparece especialmente en aquellos TMS que llevan más de tres años en esta actividad, que practican sexo oral y anal con sus clientes, consumen drogas, especialmente inyectadas y comparten materiales de inyección. Una

vez más, vemos que el consumo de drogas inyectadas parece ser un predictor de la infección por VIH en este colectivo, aunque afortunadamente, el consumo de drogas inyectadas es muy bajo.

En nuestro país, el estudio realizado por Àmbit Prevenció (2000) encontró que el 48% de los TMS entrevistados se había realizado el test del VIH y, de ellos, el 4% manifestó haber tenido un resultado positivo. Estudios de otros países encuentran una prevalencia similar, como el de Pisani et al. (2004) que indican que eran portadores del virus el 3,6% de los participantes.

Belza et al. (2001) encontraron que el 67% de los TMS se habían sometido a las pruebas del VIH, indicando que los que eran o habían sido consumidores de drogas inyectadas tenían un porcentaje de infección más alto (60%) que los que no habían consumido este tipo de sustancias (17%). Unos años más tarde Belza (2005) informa que en un estudio realizado en 20 centros sanitarios españoles de detección de ITS y VIH se encontró que el 0,87% de las personas que se habían hecho la prueba del VIH eran TMS y, de éstos, la prevalencia de infección era del 12,2%, ascendiendo hasta el 16,9% en aquellos que se la hacían por primera vez. De los 418 TMS que pasaron por estos centros el 58% se hacía la prueba por primera vez. Pero hay estudios, fuera de nuestras fronteras, que encuentran altos porcentajes de TMS que desconocen su estado serológico, como Bacon, Lum y Hahn (2006) que informan que un 42% de los TMS seropositivos no sabían que lo estaban. Investigaciones muy recientes indican que el 34% de los TMS que formaron parte de estos estudios estaban infectados con el VIH (Parry et al., 2009).

Estamos haciendo referencia a datos de infección en la población de TMS, pero, de nuevo, es difícil encontrar estudios, como ya hemos comentado previamente, centrados en clientes. De los pocos datos publicados al respecto, un estudio realizado entre HSH se encontró que el 8,4% eran usuarios de TMS. De ellos, el 13,6% declaró ser portador del VIH, pero lo más llamativo es que el 56,7% informó haber mantenido relaciones sexuales anales sin preservativo en alguna ocasión con los TMS (SPNS, 2008). Estos datos nos muestran un posible factor de infección para las parejas de los clientes, especialmente aquellos con pareja femenina, puesto que con ellas tampoco utilizan preservativo (Morse et al., 1992). Parece obvio que puede existir una posible relación en la infección por VIH en población heterosexual por medio de las relaciones

de los TMS con los clientes que mantiene pareja estable femenina y buscan los servicios de los trabajadores sexuales (McKeganey, 1994).

Algunos estudios indican que, en general, el colectivo de TMS tiene una buena información sobre el VIH-sida y su prevención (Martina et al, 1991), mientras que otros plantean algunos errores e ideas confusas al respecto (Ballester y Gil, 1996; West y de Villiers, 1993). Pero para llevar a cabo una conducta de salud, no es suficiente estar bien informado, sino que es necesario tener la creencia de que determinado problema le puede pasar a uno mismo. Esto es la percepción de riesgo. Para estudiar las actitudes hacia la infección del VIH, el estudio de Ballester y Gil (1996) preguntó a los TMS qué probabilidad percibían de infectarse por el VIH en su trabajo y qué temor les producía esa posibilidad. Aunque solamente el 35% percibía una alta probabilidad de infectarse (el 25% media y otro 35% baja), el 95% mostró miedo a infectarse por VIH en su actividad laboral. El porcentaje de temor ante el VIH que encuentra Allman (1999) en Canadá es algo menor, siendo el 69% de los TMS lo que dicen inquietarse ante la posibilidad de infectarse por el VIH.

Para acabar este capítulo dedicado al VIH-sida en el colectivo de TMS, queremos destacar la importancia que tienen los esfuerzos que la sanidad pública debería realizar con todas las personas que se dedican al trabajo sexual (hay estudios que han encontrado tasas de VIH del 40% en trabajadoras transexuales del sexo (Grandi et al. 2000) pero también con los usuarios y usuarias de estos servicios. Recordemos que, en ocasiones, algunos clientes pagan más por mantener relaciones sexuales sin condón con los TMS. En estos casos, si el trabajador sexual es seropositivo, puede infectar al cliente y éste, dada la cantidad de clientes heterosexuales casados o con pareja estable, puede finalmente infectar a su pareja.

Hemos visto que algunos TMS tienen información equivocada tanto de sobreestimación como de subestimación de las prácticas de riesgo (Ballester y Gil, 1996). Estos errores de información son potencialmente peligrosos para la salud de las personas que se dedican al trabajo sexual y de quienes buscan sus servicios. Además, los prejuicios sociales o las posibles sanciones legales hacen que algunos trabajadores sexuales y clientes eviten los recursos sanitarios existentes, por lo que es fundamental la adopción de medidas antidiscriminatorias además de facilitar una estructura sanitaria adecuada (SPNS, 2001). Además, es necesario establecer nuevas estrategias de

cocienciación sobre la importancia de un diagnóstico precoz dada el amplio porcentaje de TMS que nunca se ha hecho la prueba del VIH. Por ejemplo, Kong (2008) encuentra que el 34% de los TMS de su estudio nunca se la ha realizado.

Todos los aspectos comentados a lo largo de este apartado dedicado al sida en los TMS y la complejidad asociada a la heterogeneidad que caracteriza sus prácticas, modos de ejercer el trabajo sexual o procedencia social o cultural, han de tenerse en cuenta a la hora de diseñar intervenciones dirigidas a este colectivo (SPNS, 2008).

En el capítulo de la historia del trabajo sexual masculino, hemos comprobado cómo la historia del trabajo sexual está continuamente ligada a la homosexualidad creando una gran confusión y discriminación para ambos grupos de población. Pero un aspecto positivo de esta continua relación es el beneficio que han podido obtener los TMS en cuanto a información recibida sobre VIH. Desde la comunidad homosexual se han puesto en marcha multitud de campañas que, inicialmente de manera conjunta, y en la actualidad con programas especializados, han centrado su atención en los trabajadores del sexo (Bimbi, 2007).

CAPÍTULO 7.

COMPULSIVIDAD

SEXUAL Y BÚSQUEDA

DE SENSACIONES

SEXUALES EN LOS

TRABAJADORES

SEXUALES

CAPÍTULO 7. COMPULSIVIDAD SEXUAL Y BÚSQUEDA DE SENSACIONES SEXUALES EN LOS TRABAJADORES SEXUALES

Como ya hemos comentado a lo largo de todo el marco teórico, la escasez de literatura científica sobre el trabajo sexual ejercido por hombres es evidente. Este vacío se hace más profundo si salimos de estudios relacionados con temas de prevención de VIH. Por supuesto, la literatura científica también ha obviado la personalidad de las personas que ejercen el trabajo sexual como moduladora de algunas conductas que pueden suponer un riesgo para la salud, como el consumo de sustancias o la realización de prácticas sexuales de riesgo con las personas usuarias de sus servicios.

Entre todas las variables de personalidad, posiblemente las que pueden ser de mayor interés en el colectivo estudiado en esta tesis doctoral, el de hombres que ejerce el trabajo sexual, sean la Compulsividad Sexual y la Búsqueda de Sensaciones Sexuales, razón por la cual nos vamos a centrar en ellas. Aún así, no olvidamos que otras variables pueden también tener su interés en este campo y será fundamental estudiarlas en futuros estudios.

Existen muy pocos trabajos que indaguen la personalidad de las personas trabajadoras del sexo. Y lo poco que se ha estudiado, que fue en las primeras investigaciones sobre trabajo sexual, presentaba a los trabajadores y a las trabajadoras del sexo como perturbados mentales, con unos comportamientos sexuales que se derivaban de los abusos sufridos durante su infancia (O'Sullivan, Zuckerman y Kraft, 1996). Durante las últimas décadas, las investigaciones sobre trabajo sexual, intentando huir de los estigmas que se pueden consolidar con este tipo de estudios, ignoran la importancia de algunas variables de personalidad que podrían proporcionar información relevante a la hora de establecer intervenciones sociales y sanitarias específicas para el colectivo de personas que ejerce el trabajo sexual.

En este sentido, diversos estudios realizados en población general han puesto de manifiesto la relevancia de la Compulsividad Sexual (CS) y de la Búsqueda de Sensaciones (BS) en la realización de conductas sexuales de riesgo para el VIH y otras ITS (Pinkerton y Abramsom, 1995). Estas variables están muy unidas a la impulsividad y cuando se han estudiado en población de estudiantes universitarios se ha evidenciado su influencia en el uso del preservativo en penetración vaginal, con el número de parejas sexuales esporádicas y con el consumo de sustancias (Ruíz, 2009).

Tanto la CS como la BS las podemos entender como rasgos de personalidad (Gaither y Sellbom, 2003; Kalichman y Rompa, 2001). Zuckerman, Kolin, Price y Zoob (1994) definen la **Búsqueda de Sensaciones (BS)** como la tendencia a conseguir un nivel de activación o arousal alto por medio de comportamientos nuevos, excitantes y óptimos. Se trata de una necesidad de experimentar variadas y complejas sensaciones y el deseo de correr riesgos físicos y sociales por el simple deseo de disfrutar de tales experiencias. La persona buscadora de sensaciones elige aquellos estímulos externos que maximizan sus sensaciones. Así, el alto buscador de sensaciones tiende a realizar aquellas conductas que un bajo buscador de sensaciones consideraría peligrosas y arriesgadas (Chico, 2000).

En este sentido, principalmente en el campo del trabajo sexual que aquí nos ocupa, parece interesante estudiar la posible relación entre el rasgo BS y el consumo de sustancias y la realización de prácticas sexuales de riesgo. Con la revisión bibliográfica llevada a cabo al respecto hemos comprobado que la BS se ha estudiado en diferentes colectivos y poblaciones. De hecho, la escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales de Kalichman (1995) se ha validado para diferentes sectores sociales.

Del mismo modo, la influencia de la Búsqueda de Sensaciones Sexuales (BSS) en la realización de prácticas sexuales de riesgo se ha investigado en tipos de población muy diversos, desde grupos más generales como estudiantes universitarios (Gaither y Sellbom, 2003), adolescentes (Bermúdez, Teva y Buena-Casal, 2009) o población de hombres homosexuales y heterosexuales (McCoul y Haslam, 2001), hasta ir concretándose en investigaciones con grupos con unas características más homogéneas. Así, encontramos investigaciones que relacionan la BSS con el mantenimiento de prácticas sexuales no protegidas entre parejas estables seroconcordantes y serodiscordantes (Crawford et al., 2003) o su influencia en personas seropositivas consumidoras de sustancias (Parson y Halkitis, 2002).

En general, los diversos estudios concluyen que una alta puntuación en la escala de BSS correlaciona con una actitud “permissiva” sobre la sexualidad y un amplio número de parejas sexuales. Además, estos altos niveles conllevan una baja percepción de riesgo en las relaciones sexuales, lo que facilita la participación en relaciones sexuales de riesgo (Xanditis y McCabe, 2000). Pero también hay estudios que muestran que existe una estrecha relación entre el consumo de alcohol u otras sustancias y la búsqueda de

sensaciones sexuales, de manera que en la realización de prácticas sexuales de riesgo son ambas las variables que pueden estar influyendo (Kalichman, Heckman y Kelly, 1996).

Pero, a pesar del amplio espectro que abarcan los diferentes estudios sobre BSS, de nuevo, la ausencia de estudios relacionados con trabajo sexual y, más concretamente en hombres que ejercen el trabajo sexual, es evidente. Así, en la revisión realizada tan solo hemos encontrado dos estudios que hacen referencia a la relación entre el rasgo BSS y su posible influencia en el ejercicio del comercio sexual, aunque ninguno sobre TMS. Uno de ellos analiza, a nivel muy general, la personalidad de las mujeres que ejercen el trabajo sexual (O'Sullivan, et al., 1996) y el otro se centra en algunos rasgos de personalidad de los clientes hombres de las trabajadoras sexuales (Xanditis y McCabe, 2000). Este último puede resultar especialmente llamativo e importante dado que acceder a las personas usuarias es una labor bastante complicada y, por lo general, la información de que se dispone de los clientes viene dada por las mismas personas trabajadoras del sexo que ha participado en diferentes estudios, mostrando una visión subjetiva de los clientes que podría estar sesgada.

En el estudio de O'Sullivan et al. (1996) participaron 32 mujeres trabajadoras del sexo que ejercían en calle con edades comprendidas entre los 19 y los 45 años y un grupo control compuesto por 32 mujeres de edades similares que trabajaban en el servicio de cocina de la Universidad de Delaware (EEUU). A ambos grupos se les administró el Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ) que consta de 99 ítems verdadero/falso y mide cinco dimensiones de personalidad: impulsividad-búsqueda de sensaciones, neuroticismo-ansiedad, agresión-hostilidad, actividad y sociabilidad. A las trabajadoras sexuales, además, se les administró una entrevista semiestructurada sobre aspectos relacionados con su actividad profesional como motivación para el ejercicio del trabajo sexual, consumo de sustancias, prueba del VIH, etc.

Los resultados indicaron que el grupo de mujeres que ejercía el trabajo sexual puntuaba más alto que el grupo control en la escala de búsqueda de sensaciones, neuroticismo y hostilidad. Además, las trabajadoras sexuales consumidoras de sustancias también presentaron mayor puntuación que las no consumidoras y que el grupo control en búsqueda de sensaciones. En general, las mayores diferencias se observaron entre ambos grupos en la dimensión de impulsividad-búsqueda de sensaciones.

Por otro lado, encontramos el estudio centrado en los clientes hombres de las trabajadoras sexuales de Xanditis y McCabe (2000) que tenía como objetivo explorar las diferencias de personalidad entre los hombres usuarios de servicios sexuales comerciales con mujeres y aquellos que no eran clientes de este tipo de comercio. Para ello se centraron en tres características de los clientes: rasgos de masculinidad-feminidad sexual, éxito socio-sexual y búsqueda de sensaciones.

En el estudio participaron 60 clientes de Melbourne y otros 66 hombres no usuarios de servicios sexuales que componían el grupo control. Los instrumentos utilizados fueron el Bem Sex-role Inventory (BSRI) de Bem (1974), el Male Social-Sexual Effectiveness Scale (MSES) de Quackenbush (1989) y la Sensation Seeking Scale (SSS Form V) de Zuckerman, Eysenck y Eysenck (1978).

Los resultados mostraron diferencias significativas entre clientes y no clientes en las tres características analizadas. Así, los clientes de las trabajadoras sexuales mostraban mayor dificultad para establecer contactos sociales y sexuales y acudían a los servicios de éstas por haber fracasado de manera continuada en sus intentos de atraer a otras mujeres para una posible relación sexual. En la BSRI el grupo de clientes se adaptaba de manera más importante a la categoría de “andróginos” y, sugieren los autores, que de ahí puede venir su dificultad para conseguir relaciones sexuales. Esta dificultad para establecer contactos sexuales en los clientes también se relaciona con la puntuación obtenida en la MSES.

Por último, el grupo de clientes también obtenía una puntuación más elevada en la SSS que los no usuarios de los servicios sexuales. Los autores interpretan que los clientes buscan en los contactos con las trabajadoras sexuales llevar a cabo conductas sexuales que con sus parejas estables no pueden realizar.

En definitiva y, como proponen Xanditis y McCabe (2000) en las conclusiones de su estudio, se hace necesario seguir investigando en la relación que puede existir entre la BS y ciertos aspectos del trabajo sexual. Nosotros compartimos esta conclusión y añadiríamos que esta profundización en la investigación sobre el comercio sexual es también necesario que abarque otras variables de personalidad como puede ser la **Compulsividad Sexual (CS)**.

La literatura científica utiliza diferente terminología para referirse a comportamientos que pueden superar el autocontrol personal e influir en el aumento de conductas sexuales con consecuencias negativas a nivel social, físico, emocional o legal. Así encontramos estudios que hablan de adicción sexual, comportamientos sexuales compulsivos, impulsividad sexual o hipersexualidad (McBride, Reece y Sanders, 2008). El primero en dar una definición de este término fue Quadland (1985) haciendo referencia a la incapacidad para controlar el comportamiento sexual que se caracterizaba por una necesidad persistente, habitual y no deseada de llevar a cabo actos sexuales específicos de una manera meticulosa y precisa. Además, el mantenimiento de estas fantasías y conductas sexuales interfieren con la actividad personal, social o profesional (Parsons et al., 2008).

Varios estudios muestran diferentes síntomas asociados a la CS como mantener relaciones sexuales con múltiples parejas, uso excesivo de la pornografía o de Internet con fines sexuales, imposibilidad de resistir llevar a cabo conductas sexuales, masturbación compulsiva o aumento de la ansiedad cuando no se pueden mantener relaciones sexuales (Black, 2000; Parsons, Severino, Grov, Bimbi y Morgenstern, 2007; Parsons et al., 2008).

Como ocurría con la BSS, la CS también se ha estudiado en diferentes campos y poblaciones. La Sexual Compulsivity Scale de Kalichman se ha validado para poblaciones muy diversas y ha ido aumentando el interés científico que busca alguna asociación entre la CS y la participación en prácticas sexuales de riesgo para el VIH (Reece, 2003). Así encontramos investigaciones que se dirigen hacia población joven (McBride et al., 2008), estudiantes (Dodge, Reece, Cole y Sandford, 2004), población heterosexual, bisexual (Parsons et al., 2008), hombres que tienen sexo con hombres (Reece, 2003) o personas seropositivas (Kalichman y Rompa, 2001). Con el acceso generalizado a las nuevas tecnologías, también aparecen algunos estudios que analizan la influencia de la CS en el uso de Internet con fines sexuales (Delmonico y Miller, 2003; Grov et al., 2008). En general, todos estos estudios que analizan la posible influencia de la CS concluyen que un alto nivel de CS se asocia con un mayor número de parejas sexuales, sexo anal desprotegido, prácticas sexuales orales sin protección y mayor probabilidad de haber padecido una ITS.

A pesar del amplio abanico de campos estudiados, la literatura científica tampoco ha prestado demasiada atención a la posible relación entre la CS y el ejercicio del trabajo sexual, en general, y más concretamente por el ejercido por hombres (Parsons et al., 2001). En la revisión bibliográfica al respecto, hemos encontrado dos estudios que sondan la influencia de la CS en el colectivo de hombres que ejerce el trabajo sexual. Ambas publicaciones fueron realizadas por el mismo equipo de investigación, el de Parsons y Bimbi en New Jersey. Además, en las dos los TMS participantes son “escorts” que ofrecen sus servicios por Internet. En el primero de ellos, aunque la principal variable estudiada es la CS, también incluye otras como la autoconfianza, la BS o el abuso sexual en la infancia. Su objetivo era analizar la influencia de estas tres variables en las conductas sexuales de riesgo para el VIH en este sector de TMS (Parsons et al., 2001).

Los participantes fueron 50 TMS con edades comprendidas entre los 22 y los 47 años, que se anunciaban online. Se les administró la Escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales (EBSS) y la Escala de Compulsividad Sexual (ECS), ambas de Kalichman. Para estudiar la autoconfianza utilizaron la escala elaborada por Deary, Bedford y Fowkes (1995).

Los resultados del estudio indicaron que el estatus de VIH, la etnia o el abuso sexual no influían en la puntuación obtenida por los TMS en la ECS, siendo comparable la puntuación obtenida con la encontrada en otros estudios con hombres que tienen sexo con hombres. Además, se encontró relación entre la compulsividad sexual y el uso del preservativo tanto en relaciones profesionales como personales con penetración, siendo los TMS con mayor puntuación en CS los que se exponían a un mayor riesgo en sus relaciones sexuales. Por último también observaron que una baja autoconfianza y una alta búsqueda de sensaciones correlacionaban con una alta puntuación en CS, aumentando así el riesgo de mantener prácticas sexuales desprotegidas.

El segundo estudio llevado a cabo por este equipo con TMS tenía como participantes a 46 “escorts” de Internet. En esta ocasión la principal variable estudiada fue el abuso sexual durante la infancia, observando en el mismo sentido que el anterior estudio, que no existe relación entre haber sido víctima de abusos sexuales y la puntuación en la EBSS o la ECS (Parsons et al., 2005).

Como apuntan los autores en sus conclusiones, a pesar de la dificultad de acceso a este colectivo, la escasa muestra hace muy difícil la generalización de los resultados obtenidos. Por tanto sigue siendo necesario el estudio de la CS en el colectivo de TMS.

Para finalizar, la evaluación de la personalidad y el estudio de las diferencias individuales han hecho numerosas contribuciones en la promoción de la salud y en la prevención de ciertas infecciones. El estudio de los factores asociados a un estilo de personalidad extrovertida, incluyendo la impulsividad, la búsqueda de sensaciones o la compulsividad sexual, ha demostrado efectos positivos en la prevención de VIH/ITS y en la disminución conductas de riesgo (Kalichman y Rompa, 2001). Un mayor número de investigaciones podrá aclarar en el futuro cómo la CS y la BSS pueden estar asociadas al mantenimiento de prácticas sexuales de riesgo en los TMS.

CAPÍTULO 8.

DIFICULTADES

ASOCIADAS A LA

INVESTIGACIÓN CON

PERSONAS QUE

EJERCEN EL TRABAJO

SEXUAL

CAPÍTULO 8. DIFICULTADES ASOCIADAS A LA INVESTIGACIÓN CON PERSONAS QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL

Para finalizar, vamos a analizar algunos factores que pueden dificultar la investigación con la población de personas que ejercen el trabajo sexual, haciendo especial hincapié en aquellas dificultades en el acceso al colectivo de hombres que ejerce el trabajo sexual. Para ello retomaremos algunos conceptos e ideas que hemos ido presentando a lo largo de este marco teórico.

8.1. ACCESO A LA POBLACIÓN DE PERSONAS QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL

Como señala Pinedo (2008a), la clandestinidad y el estigma asociado al trabajo sexual va a marcar el diseño y elaboración de cualquier estudio relacionado sobre esta cuestión. Ese estigma asociado a las personas que ejercen el trabajo sexual es la principal causa de la desconfianza que muestran hacia las personas ajenas al mundo del trabajo sexual (Espejo, 2009). Además, sienten miedo a que su identidad sea reconocida y se conozca la actividad a la que se dedican o, en caso de las personas inmigrantes ilegales, que se conozca su situación legal y sean expulsadas. Para proteger su privacidad muchas personas pueden rechazar colaborar en una investigación o dar respuestas falsas (Shaver, 2005).

Este estigma del que estamos hablando, es decir, la consideración y el menosprecio con que trata la sociedad a las personas que ejercen el trabajo sexual junto con las condiciones sociales que les rodean, es lo que genera las malas vivencias y la baja autoestima de estas personas. Este estigma, que viene dado por la valoración social que soportan las personas trabajadoras del sexo así como por pretensiones protectoras y redentoras (Pons, 2004), conlleva diferentes problemáticas. En primer lugar el sentimiento de culpabilidad que muchas veces convive con el deseo de legitimidad. El apoyo recibido por otras personas que ejercen el trabajo sexual, asociaciones, ONGs y otros organismos, por un lado, y esa búsqueda de legitimidad, por otro, es fundamental para superar el estigma. En segundo lugar, el secretismo con el que se ejerce la actividad lleva muchas veces a abandonar la ciudad o país de origen, lo que implica vivir en soledad (Garizábal, 2004).

También unido al estigma y la clandestinidad (Perlongher, 1993) encontramos otros factores que dificultan el acceso a la población de profesionales del sexo. Así, algunas personas niegan que sus ingresos provengan del trabajo sexual y otras intentan buscar justificaciones, dramatizando su situación y potenciando la victimización.

Estamos viendo que la consideración que las personas que se dedican al trabajo sexual tiene en el imaginario colectivo, así como el estigma que recae sobre todas las personas trabajadoras sexuales, son interiorizados también por ellas mismas. Esta interiorización es, a su vez, uno de los elementos que más dificulta que estas personas puedan erigirse en sujetos sociales y dotarse de autoridad para representar sus propios intereses (Garaizábal, 2004).

Pero el estigma y la clandestinidad no son los únicos factores que dificultan el acceso a esta población no sólo con fines investigadores, sino también a la hora de llevar a cabo estrategias socio-sanitarias. En este sentido, encontramos cómo las personas que gestionan los pisos o locales donde se ejerce esta actividad también sienten desconfianza y son reacias a colaborar con personas “extrañas” y ejercen cierto bloqueo.

Por otro lado, como ya hemos comentado, un factor fundamental que suele acompañar este trabajo y que dificulta el estudio de estos colectivos es la movilidad. Las personas que ejercen el trabajo sexual, sobre todo en pisos gestionados por terceras personas, suelen trabajar en régimen de “hacer plaza”, es decir, están 21 días en un piso junto con otras personas que también ejercen el trabajo sexual. Finalizado este tiempo cambian de piso, de ciudad e, incluso, de país. Esta movilidad implica cambiar de residencia, de ciudad o de país una vez al mes, dificultando así su accesibilidad (Pinedo, 2008a).

Al principio de este marco teórico hemos visto que la globalización también acompaña al ejercicio del trabajo sexual. Así, cada vez son más los movimientos migratorios que suponen el ejercicio de esta actividad en el país de destino por parte de las personas migrantes. De esta manera, otro elemento que puede obstaculizar el acceso a la población de personas que ejercen el trabajo sexual es, como señala Agustín (2001), las diferencias culturales y lingüísticas. Estas barreras pueden dificultar cualquier investigación tanto por desconocimiento del idioma como por el miedo a ser descubierta su situación irregular en el país.

En definitiva, son varios los aspectos a tener en cuenta relacionados con el acceso a la población de profesionales del sexo a la hora de plantearnos un estudio sobre trabajo sexual que van a determinar el alcance y la entidad del mismo. Los principales factores que nos van a acompañar durante el proceso son el estigma y la clandestinidad con las que muchas personas desarrollan su actividad, la desconfianza hacia las personas ajenas, la inmigración con sus diferencias de idioma o culturales y la movilidad de las personas que ejercen el trabajo sexual.

8.2. DIFICULTADES ESPECÍFICAS DE ACCESO A LA POBLACIÓN DE TRABAJADORES MASCULINOS DEL SEXO

Hasta el momento hemos hecho referencia a los aspectos relacionados con el acceso a la población general de personas profesionales del sexo que pueden dificultar la investigación. Pero, aunque el trabajo sexual ejercido por mujeres tiene muchas similitudes con el ejercido por los hombres (por ejemplo, ambos distinguen entre trabajo de calle o de interior como piso o sauna), existen diferencias evidentes en algunas áreas. En general, los hombres que se dedican al trabajo sexual lo hacen como algo temporal y con una duración en el tiempo menor que las mujeres que tienen una vida laboral más larga, muestran mayor variedad en cuanto a orientación sexual (la mayoría se definen como homosexuales pero hay un amplio número de bisexuales y heterosexuales, mientras que las mujeres son prácticamente todas heterosexuales), con menor probabilidad han sufrido un abuso sexual en la infancia, también presentan menor probabilidad de haber entrado en esta actividad coercionados por terceras personas, no existe la figura del chulo o proxeneta (al menos, no de una manera tan evidente como en el trabajo sexual femenino), suelen sufrir menos agresiones físicas por parte de los clientes y llaman menos la atención en calle puesto que su forma de vestir es menos exagerada, llamativa y obvia que las mujeres que ejercen trabajo sexual (Weitzer, 2005).

Dadas las diferencias existentes entre la actividad ejercida por mujeres, a la que hacen referencia la mayoría de publicaciones y eventos públicos (Bimbi, 2007; Weitzer, 2005) y la ejercida por hombres, vamos a comentar algunos aspectos relacionados con los estudios centrados en los hombres y el acceso a este sector de la población.

En el grupo de hombres que ejerce el trabajo sexual también encontramos el estigma y la clandestinidad con las consecuencias que ambos tienen para la vida de estas personas. Pero, en este caso, podemos hacer mención a una doble discriminación (Koken et al., 2004; Zaro et al., 2007). En primer lugar por la actividad que ejercen puesto que la sociedad no considera ético el intercambio económico–sexual. En segundo lugar, se trata mayoritariamente de un intercambio entre hombres (la mayoría de personas usuarias de sus servicios son hombres) cuando la norma imperante en la sociedad sigue siendo la heterosexualidad (Villaamil et al., 2004) y el patriarcado.

Pero ya hemos visto en un capítulo anterior que el grado de vivencia de este doble estigma difiere según el trabajador sexual, su cultura de origen y su proceso de socialización, aunque el estigma por la actividad en sí lo viven de peor manera que el de la homosexualidad (Zaro et al., 2007). Para hacer frente al estigma que la sociedad les atribuye, la estrategia que mayoritariamente utilizan es la ocultación y negación en su entorno social de la actividad que realizan. Las consecuencias de dicha ocultación también se muestran en los servicios sociales y sanitarios, lo que dificulta la prevención y la intervención en las necesidades específicas. Esta clandestinidad es el principal obstáculo que encontramos al iniciar un estudio con TMS (Perlongher, 1993).

Una de las diferencias que mencionaba Weitzer (2005) entre los hombres y mujeres que ejercen el trabajo sexual es que estos pasan más desapercibidos por su manera de vestir que es menos llamativa. A la hora de llevar a cabo estudios con hombres esto puede dificultar la localización y el acercamiento a la población, de manera especial, a aquellos hombres que ejercen en calle. En este sentido, en ocasiones se les puede confundir con personas gays que buscan sexo esporádico en zonas de cruising o con policías secretas que buscan inmigrantes ilegales (Zaro et al., 2007). En general, como indica Tirado (2005) se trata de hombres a los que, por su vestimenta y su actitud ante la espera de la llegada de un cliente, es difícil de identificar como trabajadores sexuales.

Otro factor fundamental que complica el acceso a los TMS para las investigaciones es la alta movilidad que ya se ha comentado más arriba. Pero en el grupo de hombres parece ser más clara con el fin de evitar el efecto de “cara quemada” (Zaro et al., 2007). Más que en calle, esta característica se da principalmente en pisos gestionados por terceras personas, puesto que al ser menor el número de hombres que se

dedica a esta actividad, su movilidad entre ciudades se incrementa con respecto a la de las mujeres. Los clientes, por lo general, prefieren chicos nuevos, con lo que permanecer en una ciudad más de tres semanas hace difícil competir con los recién llegados. En este sentido, las actuaciones de cualquier investigación han de ser muy concretas y centradas en el tiempo, puesto que dejar una entrevista sin acabar, puede hacer que sea imposible terminarla más tarde ya que el TMS “ha acabado su plaza”.

A pesar de esto, la accesibilidad a la población es mayor en espacios cerrados, sobre todo en pisos gestionados por otros. Pero un sesgo que podemos encontrar en las investigaciones centradas en espacios cerrados se relaciona con la selección previa que los gestores del local o del piso hacen de los chicos que están ejerciendo en el mismo y que van a participar en el estudio. De esta manera, Perlongher (1993) señala que se corre el riesgo de transmitir una imagen excesivamente bondadosa de los TMS.

Por otro lado, el acceso a ciertos espacios cerrados donde los hombres ejercen el trabajo sexual, como saunas o pubs, va acompañado del pago de la entrada. La mayoría de proyectos centrados en hombres profesionales del sexo tienen difícil encontrar un soporte económico por parte de las administraciones públicas, con lo que el equipo investigador ha de asumir el gasto. Además, la necesidad de obtener ganancia hace que algunos TMS no quieran colaborar con los estudios si no reciben una compensación económica por los posibles clientes que puedan perder durante la entrevista (Pinedo, 2008a). Esta compensación también ha de ser asumida por el equipo investigador.

Además de los obstáculos económicos asociados a los proyectos destinados a los hombres que ejercen el trabajo sexual, encontramos otros que hacen difícil conseguir participantes para cualquier estudio. La mayoría de estas dificultades se comparten entre los diferentes grupos de personas que ejercen el trabajo sexual, pero otras, como el estigma o la movilidad, tienen matices diferentes según se trate de mujeres, de hombres o de personas transexuales (Rojas, Zaro y Navazo, 2009).

8.3. ESCASEZ DE PUBLICACIONES: ESTIGMATIZACIÓN Y PREJUICIOS

Cuando llevamos a cabo el estudio de un fenómeno social debemos partir de un acercamiento riguroso del fenómeno en cuestión. Las ciencias sociales competentes

para el diagnóstico de la realidad no son totalmente exactas, pero esto no es una excusa para prescindir del máximo rigor posible. En el estudio del trabajo sexual hemos de tener presente que cualquier interpretación o sesgo puede falsear la realidad y, en esa medida, condicionar los resultados de cualquier análisis (Pons, 2004).

En este sentido, son muchos los autores que sugieren que gran parte de la bibliografía existente relacionada con el trabajo sexual ayuda a mantener e incrementar los prejuicios y el estigma que recae sobre las personas que se dedican a esta actividad (Agustín, 2001; Pinedo, 2008a; Vanwesenbeeck, 2001).

Podemos establecer tres grandes críticas o limitaciones que muestran las publicaciones existentes sobre trabajo sexual a lo largo de la historia: literatura centrada en mujeres que ejercen el trabajo sexual, principalmente en calle; el análisis de las causas que motivan el inicio o mantenimiento en esta actividad; e investigaciones que se enfocan principalmente hacia la infección del VIH, consumo de sustancias o abusos sexuales. Estos enfoques en los estudios pueden ayudar a ignorar a otros grupos que ejercen el trabajo sexual, pero también podrían fomentar la creación y el mantenimiento de estereotipos sobre el ejercicio del mismo, incitando, por ejemplo, a pensar en estas personas solamente como grupo de riesgo hacia el VIH y otras ITS o como víctimas de abusos sexuales quedando eliminada la posibilidad de haber iniciado la profesión por voluntad propia. Además, se hace secundario e, incluso se olvida, el estudio de otros aspectos como sus condiciones de trabajo, su salud, sus necesidades, etc.

La mayoría de los estudios se refieren a las trabajadoras sexuales (mujeres) más visibles y más desfavorecidas, es decir, las que ejercen en calle (Pons, 2004). Este grupo de profesionales no representa a la totalidad de personas que ejercen el trabajo sexual (ya hemos comentado con anterioridad algunas diferencias entre el trabajo sexual ejercido por hombres y por mujeres) y, en algunos casos, no son el sector mayoritario de mujeres que ejercen esta actividad. En muchos casos, las participantes de estos estudios son contactadas en centros de servicios sociales o de salud, lo que puede hacer que su situación sea mucho más dramática, por lo que no son representativas.

Además, las investigaciones y, por tanto, las publicaciones sobre trabajo sexual prestan escasa o nula atención a la actividad ejercida en espacios cerrados, hombres y transgéneros que la ejercen, clientes y personas que organizan la industria del sexo (Parker, 2006; Weitzer, 2005; Weitzer, 2009). Así, en muchas investigaciones se

presentan conclusiones y generalizaciones basadas en “anécdotas”, en un tipo de muestra preseleccionada, que no es representativa de la totalidad del ejercicio de trabajo sexual. Las conclusiones pueden estar sesgadas ya que la recogida de datos de un estudio centrada en subgrupos de población específicos puede crear problemas a la hora de hacer generalizaciones (Pinedo, 2008a).

8.4. PUBLICACIONES SOBRE TRABAJADORES MASCULINOS DEL SEXO

La gran atención que la literatura ha prestado a la investigación en las mujeres que ejercen el trabajo sexual en calle va unida a la escasez de publicaciones que hacen referencia a los hombres que se dedican al trabajo sexual (Lorway, Reza-Paul y Pasha, 2009). Esta limitación en la investigación sobre trabajo sexual masculino supone, por sí misma, una toma de posición ante una realidad, apartándola del interés científico y favoreciendo la especulación sobre este sector de la población (Ballester y Gil, 1996). Además, así como la literatura sobre trabajadoras sexuales va acompañada del debate sobre su situación legal, los estudios sobre hombres están ampliamente influenciados por las actitudes culturales hacia la homosexualidad (Bimbi, 2007).

Pero no solo la homosexualidad como juicio de valor o psicopatología se ha relacionado en los estudios de TMS, sino que otros prejuicios han aparecido en estos estudios (Van der Poel, 1992). En primer lugar, las desviaciones sociales, que se planteaban en las décadas de los 70 y 80, como la posibilidad de que estos hombres hayan sido víctimas de abusos sexuales en su infancia. En segundo lugar, con la aparición del VIH se ha mostrado a los TMS como focos de infección tanto del sida como de otras ITS, presentando, en cierta forma, aquellos aspectos más negativos o problemáticos a nivel social (Van der Poel, 1992).

Ya hemos comentado que los primeros trabajos sobre TMS se centraban en las posibles patologías que acompañaban a estas personas, fruto de las creencias morales de época. En los años 40 y 50 se relacionaba el ejercicio del trabajo sexual con tener problemas relacionados con el desarrollo de la identidad sexual (Scott, 2003). Poco después, la investigación describía a esta población como jóvenes delincuentes que necesitaban algún tipo de ayuda. En los años 80 comienza a percibirse un cambio en los

paradigmas de estudio del trabajo sexual ejercido por hombres, aunque hay sectores que afirman que todavía se mantienen estigmas al buscar las causas de inicio en esta actividad, relacionándolo en ocasiones con abusos sexuales. En la década de los 90, el paradigma de la delincuencia deja paso al de “foco de infección”, relacionando a los TMS como fuente de infección para el VIH. En gran medida, esto es debido a que la mayoría de estudios se centran en aquellos TMS de calle y consumidores de drogas. De esta manera se comenzaron a publicar trabajos sobre inyección de drogas, prevalencia de VIH y sexo desprotegido en la población de hombres que ejercen el trabajo sexual.

Afortunadamente, aunque los inicios de la investigación sobre TMS se basaban en las diferentes ideologías hacia la homosexualidad y otros juicios de valor, los estudios más contemporáneos han ampliado su visión y se han adentrado en otros contextos sociales relacionados con este colectivo (Kaye, 2004). Así, en la última década, se ha introducido una nueva visión en la investigación sobre TMS relacionada con las motivaciones que tienen estos hombres para dedicarse a esta actividad, dejando a un lado la psicopatologización de esta actividad y entendiéndola como una posible alternativa de vida para aquellos que optan libremente por esta actividad (Bimbi, 2007).

Aún así, al igual que ocurre con el trabajo sexual ejercido con mujeres, es muy difícil la generalización y podemos caer en los mismos errores que la literatura centrada en mujeres. La mayoría de los estudios que se han publicado sobre hombres que ejercen el trabajo sexual se han centrado, por un lado, en aquellos que trabajan en espacio abierto (calle) y, por otro, en temas relacionados con la transmisión del VIH, como el uso del preservativo. Pero han olvidado otros temas relacionados tanto con el sida (información que tienen sobre prácticas sexuales de riesgo) como con otras áreas del trabajo sexual masculino (clientes, espacios cerrados, gerentes de locales, relaciones sexuales fuera del ámbito profesional, etc.).

Por último, junto al hecho de la escasa literatura sobre TMS, encontramos que este tipo de estudios se quedan obsoletos de manera muy rápida. Las características que rodean la realidad de estos hombres (inmigración, movilidad entre ciudades y países, las nuevas tecnologías, etc.) dificultan establecer estudios longitudinales y con un seguimiento eficaz. Además, en base a estas características, es muy difícil establecer generalizaciones entre los diferentes subgrupos de TMS e, incluso, dentro de un mismo grupo de hombres (West y de Villiers, 1993).

Por otro lado, estamos viendo cómo en los últimos años los diferentes estudios con población de TMS se están haciendo eco de las nuevas tecnologías en el comercio sexual e intentan observar las diferencias entre ofrecer servicios sexuales por Internet y otros espacios “tradicionales” (Ashford, 2009; Chin Phua, Ciambrone y Vázquez, 2009; Lee-Gontea, Castle y Gonyea, 2009). La conclusión principal a la que llegan estos estudios es que la aparición de las nuevas tecnologías está abriendo nuevas vías en el comercio sexual facilitando el encuentro de clientes y trabajadores sexuales. Así, los anuncios en diferentes páginas web permiten incluir fotografías y otros datos personales del TMS (tamaño del pene, servicios ofrecidos y otras características físicas) que en otros medios, como la prensa, no pueden aparecer al haber en éstos un mayor control (Pruitt, 2005).

Como conclusión, la literatura sobre trabajo sexual es deficiente en muchos aspectos (Weitzer, 2005). Para poder completarla, la deontología científica nos exige intentar investigar con el máximo rigor posible sin sesgar las imágenes de la realidad (Pons, 2004), para lo que se hace necesario neutralizar y controlar nuestras creencias y valores morales o evitar ajustar nuestras manifestaciones a los discursos o demandas sociales dominantes. Es necesario un enfoque de investigación que incluya diferentes ámbitos de trabajo y diferentes sectores de población. Hasta el momento la literatura ha hecho casi invisibles, no tanto por su número como por motivos sociales y culturales, a los hombres trabajadores del sexo (Tirado, 2005). Es fundamental acceder a los hombres y las personas transgénero que ejercen el trabajo sexual, pero también a aquellas personas que lo hacen en espacios cerrados como pisos. Con estos avances, podremos establecer conclusiones y diferenciaciones entre los diferentes colectivos para poder llevar a cabo estrategias más eficaces en el ámbito sociosanitario y laboral.

En resumen, a raíz de todo lo expuesto en este marco teórico podemos definir al “Trabajador Masculino del Sexo” como aquel hombre que, con independencia de su edad, procedencia u orientación sexual, oferta servicios sexuales a otras personas (hombres o mujeres) a cambio de una cantidad de dinero. La negociación del servicio es previa al intercambio sexual, durante el cual puede haber consumo de sustancias por parte de una o de las dos personas.

Por otro lado, también hemos comprobado una escasez de datos sobre este colectivo que se hace especialmente evidente en nuestro país. Además, las conclusiones

obtenidas en los estudios existentes hay que entenderlas como características de un sector muy concreto de esta población lo que hace muy difícil su generalización. Los cambios que se están produciendo alrededor del ejercicio del trabajo sexual, debidos a factores como la crisis económica, la alta tasa de inmigración a nivel global, la rotación de trabajadores sexuales entre ciudades o países y la aparición de las nuevas tecnologías, hacen que los estudios se queden obsoletos de una manera muy rápida.

Por todo ello, y por el hecho de que en los últimos años se ha producido un “boom” del trabajo sexual ejercido por hombres en nuestro país, con rasgos diferenciales respecto a hace una década, nuestro objetivo con este proyecto es actualizar los conocimientos que tenemos sobre la realidad del TMS en nuestro entorno más cercano, así como profundizar en otros aspectos fundamentales no investigados hasta el momento.

III

ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO 9.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

CAPÍTULO 9. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Los objetivos propuestos en la realización de esta tesis doctoral en población de hombres trabajadores del sexo son los siguientes.

9.1. OBJETIVO GENERAL

Explorar y conocer las circunstancias asociadas a la realidad psicosocial de los trabajadores masculinos del sexo en las ciudades de Castellón y Valencia que ejercen su actividad en pisos gestionados por terceras personas.

9.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS

Objetivo específico 1: Conocer el perfil sociodemográfico de los trabajadores masculinos del sexo.

Hipótesis 1: La edad de la mayor parte de los hombres que ejercen el trabajo sexual estará entre los 18 y los 30 años. La mayoría de los trabajadores sexuales no tendrán estudios y una alta proporción de los hombres trabajadores del sexo serán inmigrantes.

Objetivo específico 2: Indagar aspectos de la historia sexual de los hombres que ejercen el trabajo sexual.

Hipótesis 2: La mayoría de los trabajadores masculinos del sexo se autodefinirán como homosexuales y bisexuales. Por otro lado, no encontraremos relación entre abuso sexual en la infancia y trabajo sexual.

Objetivo específico 3: Explorar aspectos relacionados con la actividad profesional de los trabajadores masculinos del sexo (prácticas sexuales más frecuentes, características de los clientes, etc.).

Hipótesis 3: La motivación principal para ejercer el trabajo sexual será la necesidad económica. La mayoría de las personas usuarias mayores de 40 años con un nivel socioeconómico medio-alto. El porcentaje de hombres será mayor que el de mujeres, por lo que las prácticas sexuales más demandadas serán penetración anal y sexo oral entre hombres.

Objetivo específico 4: Indagar el consumo de sustancias tóxicas en el colectivo de hombres que ejercen el trabajo sexual.

Hipótesis 4: La mayoría de los trabajadores masculinos del sexo serán consumidores de sustancias tóxicas, pero no consumirán drogas inyectadas.

Objetivo específico 5: Investigar otras conductas de salud en este sector de la población (alimentación, ejercicio físico, etc.).

Hipótesis 5: Dada la importancia de la imagen corporal en el colectivo de trabajadores sexuales, un amplio porcentaje realizará diversas actividades deportivas, aunque la mayoría tendrá dificultades para mantener una dieta equilibrada,

Objetivo específico 6: Conocer la incidencia de ITS en los trabajadores sexuales masculinos.

Hipótesis 6: Un alto porcentaje de los trabajadores sexuales habrá padecido una infección de transmisión sexual a lo largo de su vida.

Objetivo específico 7: Analizar el nivel de información sobre el sida y las formas de transmisión y prevención del VIH en el colectivo de hombres que ejercen el trabajo sexual.

Hipótesis 7: El conocimiento que tienen los trabajadores masculinos del sexo sobre las vías de transmisión del VIH y su prevención será muy alto. La mayoría de los trabajadores sexuales utilizarán el preservativo con sus clientes, siendo mayor el uso en la penetración anal que en el sexo oral. La mayoría de los trabajadores sexuales se hará las pruebas del VIH de una manera continuada y la incidencia de infección será baja.

Objetivo específico 8: Indagar la percepción de riesgo y el temor que produce el VIH en la vida profesional de los hombres que ejercen el trabajo sexual.

Hipótesis 8: El temor que les produce la infección por VIH a los trabajadores sexuales que ejercen el trabajo sexual será muy alto, aunque la percepción de riesgo será más baja.

Objetivo específico 9: Explorar las prácticas sexuales de riesgo relacionadas con la infección por VIH en la vida laboral y en la vida personal de los trabajadores masculinos del sexo.

Hipótesis 9: El uso del preservativo será menor en sus relaciones personales no comerciales que en sus relaciones sexuales profesionales.

Objetivo específico 10: Conocer la satisfacción profesional y personal de los trabajadores masculinos del sexo.

Hipótesis 10: La satisfacción con su vida será alta aunque la mayoría de los trabajadores sexuales dejarían esta profesión si pudieran hacerlo.

Objetivo específico 11: Indagar el grado de Compulsividad Sexual y Búsqueda de Sensaciones Sexuales así como la influencia de estas variables en algunos aspectos del trabajo sexual ejercido por hombres.

Hipótesis 11: La Compulsividad Sexual y la Búsqueda de Sensaciones Sexuales tendrán un papel modulador en la adopción de prácticas sexuales de riesgo en el ejercicio del trabajo sexual.

CAPÍTULO 10.

MÉTODO

CAPÍTULO 10.- MÉTODO

10.1. PARTICIPANTES

Los participantes de este estudio sobre la realidad psicosocial de los trabajadores masculinos del sexo está formada por 100 trabajadores masculinos del sexo que ejercen su actividad profesional en las ciudades de Castellón y de Valencia. La mayoría de ellos (96 TMS) fueron entrevistados haciendo plaza en Valencia y el resto (4 TMS) en Castellón. Estos datos son un reflejo del volumen de trabajo sexual masculino existente en cada una de estas ciudades.

Todos los TMS entrevistados trabajan en espacio cerrado, más concretamente en pisos organizados y gestionados por una tercera persona, dueño del piso o encargado del mismo. En el tiempo dedicado al trabajo de campo, hemos podido acceder a cuatro pisos organizados de Valencia y uno de Castellón, siendo este número el 100% de pisos dedicados al trabajo sexual ejercido por hombres en estas ciudades en el periodo que ha durado nuestro trabajo de campo.

La edad media de los TMS que componen la muestra es de 23,75 años (D.T.=3,61), siendo el rango de edad de la muestra de 18 a 35 años. En cuanto a la nacionalidad, un 5% son españoles, mientras el 95% son inmigrantes. El lugar de donde proceden mayoritariamente es Latinoamérica con un 83%. Solamente el 17% de la muestra procede de países europeos.

La movilidad entre ciudades que caracteriza esta profesión, y especialmente la práctica de “hacer plaza” como medio de funcionamiento de los pisos gestionados por terceras personas, hace que la muestra conseguida para esta investigación sea representativa de las características del colectivo de trabajadores masculinos del sexo a nivel nacional.

En base a esta misma característica de movilidad, aunque la muestra es de 100 sujetos, podemos decir que hemos abarcado prácticamente el 100% de la población de trabajadores masculinos del sexo que ejercen en un momento determinado su trabajo en las dos ciudades en las que hemos contactado con ellos. Cabe mencionar aquí, que el primer estudio que se realizó en España en profundidad sobre TMS, realizado por Ballester en el año 1996, contó con una muestra de 20 trabajadores sexuales que suponían el 80% de los chicos que anunciaban sus servicios en la prensa escrita.

Además, en la revisión de la literatura psicológica sobre trabajo sexual ejercido por hombres tan sólo en torno a una decena de trabajos llegan a este número de participantes.

Puesto que en el apartado de resultados de esta tesis dedicamos un capítulo completo a la descripción de la población de TMS que ha participado en el estudio, en este epígrafe no presentamos más datos sociodemográficos puesto que este aspecto lo veremos con profundidad más adelante.

10.2. INSTRUMENTOS

Las entrevistas realizadas a los trabajadores masculinos del sexo, constaban de dos partes, con una total duración aproximada de una hora. En un primer momento, realizábamos la Entrevista Semiestructurada para Trabajadores Masculinos del Sexo (Ballester, Gil, Salmerón y Albiach, 2009) y en la segunda parte administrábamos la Escala de Compulsividad Sexual y la Escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales (Kalichman y Rompa, 1995). En el anexo de esta tesis se adjuntan los tres instrumentos utilizados.

Entrevista Semiestructurada para Trabajadores Masculinos del Sexo (Ballester, Gil, Salmerón y Albiach, 2009)

Este instrumento de evaluación utilizado con los TMS fue elaborado específicamente para este estudio a partir de otros ya existentes, concretamente la entrevista utilizada en el estudio de Ballester y Gil (1996) y también algún ítem del entrevista de Meroño y Benjumea (2000), así como otros que añadimos nuevos. Esta entrevista incluye 82 preguntas distribuidas en siete bloques diferenciados:

- Datos sociodemográficos: preguntas relativas a la edad, país de origen, ocupaciones, estudios, pareja, hijos, etc.
- Historia sexual: este apartado tiene como objetivo indagar en los primeros encuentros sexuales personales de los TMS así como otros aspectos relacionados con su sexualidad tales como fantasías sexuales, abusos sexuales u orientación sexual.

- Aspectos sobre el trabajo sexual: esta es la parte más extensa de la entrevista y en ella se recogen datos referentes a edad de comienzo en el trabajo sexual, motivaciones para dedicarse a esta actividad, percepciones y riesgos sobre el trabajo sexual, características de los clientes y servicios más frecuentes con las personas usuarias.
- Estado de salud: hacemos referencia a conductas relacionadas con su salud como el grado en que la cuidan y en qué consiste dicho cuidado, autovaloración de su estado de salud, información sobre ITS así como estado serológico y actitudes ante la realización de las pruebas de detección de anticuerpos.
- Consumo de drogas: preguntamos a los TMS sobre el consumo de sustancias en el momento actual y pasado y problemas relacionados con dicho consumo.
- VIH-sida: aquí incluimos cuestiones sobre uso del preservativo en su vida profesional y personal, información sobre VIH-sida, así como actitudes y percepción de riesgo y temor ante esta infección
- Bienestar general: para finalizar la entrevista, les pedimos que nos valoraran el grado de satisfacción con su situación profesional y con su vida en general, así como les pedimos que nos dijeran si dejarían de dedicarse al trabajo sexual si tuvieran la oportunidad.

Escala de Compulsividad Sexual (Kalichman y Rompa, 1995, traducida por Ballester, Gil, Ruiz y Giménez, 2007)

La escala original de Kalichman y Rompa consta de 10 ítems que evalúan la compulsividad sexual. Cada ítem tiene una escala de respuesta de 4 puntos que va de 1 (nada característico en mí) a 4 (muy característico en mí). La puntuación total mínima es de 10 y la máxima es 40.

La traducción al castellano de dicha escala muestra una estructura factorial bidimensional: “falta de control de impulsos” e “interferencia de los comportamientos sexuales”. El estudio de la fiabilidad muestra una buena consistencia interna de la escala

total ($\alpha=0,837$) así como de las dos subescalas (falta de control $\alpha=0,789$; interferencia $\alpha=0,722$). Por su parte, la fiabilidad test-retest mediante correlación de Pearson es de 0,725 ($p<0,01$) (Ballester, Gil, Gómez y Ruiz, 2010).

Escala Revisada de Búsqueda de Sensaciones (Kalichman y Rompa, 1995, traducida por Ballester, Gil, Ruiz y Giménez, 2007)

La escala de BS de Kalichman y Rompa constaba de 11 ítems que evalúan la compulsividad sexual. La escala de respuesta es tipo Likert. Cada ítem presenta cuatro opciones de respuesta que van de 1 (nada característico en mí) a 4 (muy característico en mí). Así, la puntuación total mínima es de 11 y la máxima es 44.

El análisis psicométrico de esta escala realizado por Kalichman y Rompa (1995) con población de hombres gays muestra una buena consistencia interna ($\alpha=0,79$). La fiabilidad test-retest es de 0,69. La traducción realizada por Ballester, Gil, Ruiz y Giménez de la Escala Revisada de Búsqueda de Sensaciones está actualmente en proceso de validación por lo que no podemos comentar aquí las propiedades psicométricas de la adaptación de este instrumento al castellano.

10.3. PROCEDIMIENTO

El procedimiento para la realización de este trabajo de investigación sobre el perfil psicosocial de los trabajadores masculinos del sexo contó con distintas fases. En la Fase I nos dedicamos a realizar una revisión bibliográfica sobre el trabajo sexual en sus diferentes realidades y, más concretamente, sobre trabajo sexual ejercido por hombres. También llevamos a cabo una búsqueda y análisis de los diferentes instrumentos de evaluación utilizados en cada uno de los estudios. En esta fase comprobamos la escasez de publicaciones sobre TMS en la literatura científica, especialmente en nuestro país. Al mismo tiempo comprobamos que las publicaciones existentes hasta el momento están centradas mayoritariamente en mujeres y aquellas que centran su atención en hombres lo hacen en el colectivo que ejerce en calle, explorando básicamente el uso del preservativo con los clientes, dejando a un lado otros múltiples factores asociados al VIH-sida y a la realidad de los hombres que ejerce el trabajo sexual.

Una vez estudiadas las publicaciones previas sobre TMS, la Fase II tuvo como objetivo la elaboración de una entrevista semiestructurada. En ella se incluyeron tanto adaptaciones de algunas cuestiones de los instrumentos utilizados en estudios anteriores (Ballester y Gil, 1996; Meroño y Benjumea, 2000), como otros ítems que consideramos relevantes para llevar a cabo una descripción completa de la realidad psicosocial de los TMS. Además, se decidió incluir al final de la entrevista dos escalas para medir por un lado, las compulsividad sexual y, por otro, la búsqueda de sensaciones sexuales en este colectivo.

En el momento en que tuvimos elaborado el instrumento para nuestra investigación, dimos inicio a la Fase III, la que nos ha resultado más complicada y de mayor esfuerzo, dedicación y paciencia. En esta fase llevamos a cabo los primeros contactos con los encargados y dueños de los pisos organizados de TMS de las ciudades de Castellón y Valencia, y de los pubs y saunas de Valencia donde también ejercen otros TMS.

La mayor dificultad en los pisos la hemos encontrado en la ciudad de Castellón, puesto que, en este caso, los contactos con el dueño del piso han comenzado desde cero. Primero con la localización de la página web y después con llamadas constantes para concertar una cita en la que presentarle nuestra investigación y explicarle nuestros objetivos. Finalmente, nos ganamos su confianza y su colaboración, así como la de los trabajadores sexuales que iban haciendo plaza en este piso.

En la ciudad de Valencia, seguimos el mismo procedimiento, aunque, previamente, nos pusimos en contacto con el Col.lectiu Lambda de Gais, Lesbianes, Transexuals i Bisexuals. Esta asociación cuenta en la actualidad con un programa específico para TMS de la ciudad de Valencia, cuyo objetivo primordial es la prevención de VIH en zonas donde los hombres ejercen el trabajo sexual (espacios abiertos y cerrados), complementado con un servicio de realización de la prueba rápida del VIH. El contacto tanto con los encargados de los pisos como con los propios TMS fue mucho más sencillo que en la ciudad de Castellón, puesto que contamos en todo momento con la importante colaboración del técnico responsable del programa de Trabajadores Masculinos del Sexo del Col.lectiu Lambda. Esta persona ya conocía a los encargados de los diferentes pisos y a algunos de los trabajadores sexuales que allí ejercían, dada la movilidad entre TMS ya comentada, lo que nos facilitó mucho la

presentación de nuestro proyecto en los pisos de la ciudad de Valencia y su aceptación por parte de sus responsables. Hay que resaltar también, el excelente papel que han jugado los encargados de los distintos pisos a la hora de “convencer” a los TMS de la importancia de su colaboración y sinceridad en nuestro proyecto.

Cabe mencionar aquí la evolución que han sufrido los pisos a lo largo del tiempo que duró nuestro trabajo de campo. Así, el piso de Castellón cerró al poco de comenzar nuestra investigación, cancelando también su página web, por lo que nos fue imposible entrevistar a más TMS. Además, el encargado del piso abandonó su labor y se fue a otra ciudad para volver a ejercer como trabajador sexual. En la actualidad, la página web está de nuevo en funcionamiento, pero con otras personas encargadas del piso.

Por lo que respecta a los pisos de Valencia, uno de ellos también cerró sus puertas a mitad de nuestras entrevistas y, de momento no ha vuelto a abrir, perdiendo el contacto con el encargado de un día para otro. Otro de los pisos estuvo paralizado unos meses, pero afortunadamente en la última etapa de nuestro trabajo de campo mejoró su página web y amplió el número de trabajadores sexuales que allí ejercían, siguiendo activo en la actualidad. Por las mismas fechas, se abrió un nuevo piso, con menos medios que el resto, incluso sin página web. Contactamos también con su encargado que se puso a nuestra disposición desde el primer momento. Además, en esta ocasión el encargado también ejercía como trabajador sexual en este mismo lugar.

Por último, el cuarto piso con el que contactamos en Valencia sigue abierto con una gran movilidad de trabajadores sexuales. Es el único con el que hemos podido mantener el contacto de una manera continuada durante todo el proceso. La mayoría de las entrevistas las hemos realizado en este piso, por las dificultades que fueron surgiendo con el resto. A pesar del buen funcionamiento de este piso, hace unos meses la policía realizó una redada en el mismo investigando una red de trata de personas transexuales. Este hecho supuso la detención de los TMS inmigrantes que estaban haciendo plaza en aquel momento y, tras conocerse la noticia, una disminución de clientes así como de TMS que quisieran trabajar en él. Esta situación se mantuvo aproximadamente durante un mes y medio, retomando su actividad al completo. En la actualidad continuamos manteniendo el contacto con el encargado de este piso, que siempre ha colaborado y se ha implicado de una manera fundamental para que esta investigación haya podido llegar a su término.

En la Fase IV realizamos las entrevistas a los hombres que ejercen el trabajo sexual. Estas entrevistas tenían una duración aproximada de una hora con cada uno de los TMS y se realizaban en el mismo piso en el que ejercían plaza. El encargado de cada uno de los pisos nos dejaba un espacio donde poder estar a solas con el TMS que íbamos a entrevistar, de manera que pudiéramos garantizar la intimidad y la confidencialidad necesaria en este tipo de intervenciones. Este lugar solía ser una de las habitaciones destinadas al intercambio sexual con los clientes. En cada entrevista participaba un único TMS y el investigador. Al TMS se le garantizaba anonimato y confidencialidad. Solamente le pedíamos un correo electrónico para poder mantener un contacto posterior con él. Asimismo, le indicábamos la importancia de la sinceridad de sus respuestas a lo largo de toda la entrevista. Al finalizar la misma, se le entregaban 10€ en concepto de colaboración.

Por último, la Fase V la dedicamos a la codificación de las entrevistas realizadas a los TMS y a la introducción de datos en el programa estadístico SPSS. Los cálculos estadísticos que hemos llevado a cabo son, tanto descriptivos, dado el objetivo de este trabajo de investigación, como de análisis diferenciales.

10.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Todos los análisis se han realizado con el paquete estadístico SPSS-18. Para poder realizar un abordaje estadístico adecuado y lo más riguroso posible se han realizado diferentes análisis en función de las variables analizadas en cada momento.

En primer lugar, con el fin de obtener una descripción general de la población de Trabajadores Masculinos del Sexo que ejercen en piso gestionado por terceras personas se han realizado análisis descriptivos de todos los ítems que contiene la entrevista semiestructurada elaborada para esta investigación. Los resultados de estos análisis se presentan en el primer bloque de resultados de esta tesis.

Pero para poder profundizar en el perfil psicosocial de los hombres que ejercen el trabajo sexual se han realizado análisis diferenciales separando a los participantes en diferentes grupos o submuestras según la variable que queríamos analizar. En lo que hace referencia a variables categoriales hemos obtenido los resultados a partir de los porcentajes de los participantes en cada una de las variables estudiadas. Se ha calculado

un estadístico para comprobar la existencia de diferencias significativas a nivel estadístico. Así, para analizar las diferencias entre muestras independientes y ante la naturaleza nominal de algunos datos, hemos realizado Chi². Este es el caso, por ejemplo, para ver las diferencias en la realización de la prueba de anticuerpos para el VIH en función de la orientación sexual.

En caso de variables medidas a través de escala likert o construidas a partir de un sumatorio (como es el caso de la información que los TMS tienen sobre las vías de transmisión sexual del VIH) se han aplicado diferentes estadísticos, además de análisis descriptivos con medias y desviaciones típicas. Para comprobar la existencia de contrastes entre las puntuaciones arrojadas por los diferentes grupos en las distintas comparaciones se ha realizado el análisis de ANOVA. Este análisis se realiza para comparar las medias entre K muestras independientes y permite contrastar los promedios de manera rigurosa. Cuando los resultados resultaban significativos también se ha calculado la Prueba de Scheffé con el objetivo de profundizar en dicho contraste y conocer de una manera más profunda entre qué grupos se daban las diferencias significativas. Sin embargo, en caso de comparar dos muestras independientes hemos elegido la Prueba t de Student que mantiene el mismo rigor que la anterior.

Por último, para examinar la relación existente entre variables cuantitativas se realizaron correlaciones bivariadas. Se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson para variables cuantitativas simétricas, por ejemplo para explorar la posible relación entre la puntuación total obtenida por los trabajadores sexuales en la escala de Compulsividad Sexual y el porcentaje de uso del preservativo con las personas usuarias.

Hemos elegido, por tanto, aquellos cálculos estadísticos que, en un primer momento, nos permitieran llevar a cabo una descripción completa de las características de la población de TMS estudiada y que, más tarde, nos permitieran medir las relaciones entre variables y las diferencias existentes entre submuestras.

CAPÍTULO 11.

RESULTADOS

CAPÍTULO 11.- RESULTADOS

Los resultados de esta tesis sobre TMS los presentaremos en tres bloques diferenciados. Un primer bloque hará referencia al perfil psicosocial de los hombres que ejercen el trabajo sexual en el que se muestran los datos descriptivos obtenidos con la entrevista semiestructurada ya comentada en el punto anterior. En el segundo bloque presentamos los resultados de los diferentes análisis diferenciales realizados con el fin de profundizar en el perfil de los trabajadores sexuales indagando en el posible papel modulador de ciertas variables sobre el comportamiento de los TMS. Por último, se presentarán los datos relativos a las escalas de compulsividad sexual y la de búsqueda de sensaciones sexuales que también se incluyeron durante las entrevistas.

11.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS: PERFIL PSICOSOCIAL

El primer bloque de resultados que presentamos describen la realidad social de los TMS entrevistados, por lo que para facilitar la organización de los contenidos y su presentación, se seguirá la misma estructura y orden que los capítulos del marco teórico específicos de TMS de esta tesis doctoral. De esta manera, comenzaremos con algunos datos demográficos de la muestra de TMS. Un segundo apartado lo dedicamos a la historia sexual de los TMS. El tercer epígrafe estará centrado en aspectos sobre el trabajo sexual de estos hombres. El cuarto bloque hace referencia a aquellos aspectos relacionados con su actividad profesional. A continuación hablaremos sobre conductas de salud, consumo de sustancias e ITS. Y finalizaremos con los resultados relativos a información, actitudes y comportamientos sobre el VIH-sida, así como con su valoración personal de la propia actividad profesional y de su vida en general.

11.1.1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Tras el análisis de frecuencias, observamos que todos los TMS entrevistados dicen ser mayores de edad. El rango de edad en el que se mueven los TMS oscila entre los 18 y los 35 años, con una edad media de 23,75 años y una DT=3,61 (ver tabla 1). A pesar de esto, sólo el 8% era mayor de 30 años. Pero con algunos de los TMS más jóvenes podríamos tener dudas de su mayoría de edad, y quizás digan que tienen cumplidos los 18 puesto que la legislación española, aunque no castiga el ejercicio del trabajo sexual, no permite que los menores lo hagan. El mayor porcentaje de TMS se concentraba entre los 20 y los 25 años.

Tabla 1: Perfil sociodemográfico de los TMS (I)

Edad	$\bar{x}= 23,75$ D.T.=3,61
Estudios	
Ninguno	2,2%
Básicos	10,9%
Secundaria	51,1%
Formación Profesional	16,3%
Universitarios	19,6%
Religión	
Católico practicante	13,5%
Católico no practicante	49,4%
Pract. otras religiones	5,6%
Creyente no pract. otras	13,5%
Ateo o agnóstico	18%
País de origen	
España	5%
Brasil	57%
Portugal	6%
Argentina	5%
Venezuela	5%
Paraguay	5%
Colombia	2%
Rumanía	2%
Ecuador	2%
Bulgaria	2%
Nicaragua	1%
Cuba	1%
Honduras	1%
Bolivia	1%
El Salvador	1%
Italia	1%
Rep. Dominicana	1%
Chile	1%
Lituania	1%
Tiempo en España (meses)	$\bar{x}= 25,19$ D.T.= 25,28
Trabajabas en tu país como TMS	16,8%
Tienes los papeles en regla en España	36,1%
Con quién vives	
Solo	9,1%
Pareja	11,1%
Familia	10,1%
Amigos	21,2%
Compañeros trabajo	43,4%
Compañeros piso	5,1%

Por lo que respecta a su nivel de estudios, la tabla 1 nos muestra que éste es, en general, medio. Más de la mitad de los entrevistados (67,4%) informó haber acabado estudios secundarios o de formación profesional (aquellos TMS inmigrantes informan de estudios similares en su país de origen). También observamos que el 13,1% dijo tener estudios básicos o no tener ninguno finalizado. En sentido contrario se encuentra un 19,6% de los TMS que decía haber iniciado o finalizado estudios universitarios.

En cuanto a la religión de los participantes (tabla 1), casi la mitad de los participantes se consideraba católico no practicante (49,4%) y un 13,5% creyente no practicante en otras religiones. Un 13,5% de los TMS dijo ser católico practicante, mientras que un 5,6% lo era en otras religiones. Un 18% de los entrevistados informó ser ateo o agnóstico.

Un dato fundamental para entender la realidad actual del trabajo sexual, como ya se ha comentado en el marco teórico, es el movimiento migratorio internacional. Así, nuestros resultados nos muestran que solamente el 5% de los TMS entrevistados son españoles, mientras que el 95% proceden de otros países. La mayoría de los TMS inmigrantes son de Latinoamérica, aunque es de notar que el 57% de los participantes en este estudio son de Brasil. En menor medida, como se muestra en la tabla 1, encontramos otras procedencias del centro y del sur de América, como argentinos, paraguayos, venezolanos, colombianos, etc. Por otro lado, procedentes de países europeos encontramos un 12% de TMS: Portugal (6%), Rumanía (2%), Bulgaria (2%), Italia (1%) y Lituania (1%). Como vemos, de países del Este de Europa solo encontramos un 5% de los TMS entrevistados, por lo que podemos pensar, tal como nos han comentado los TMS y los encargados de los pisos, que estos chicos ejercen en mayor medida el trabajo sexual en otros espacios, como calle o sauna.

Como ya hemos expuesto en el marco teórico, cada cultura y cada religión puede influir en el modo en que cada TMS entiende el trabajo sexual y pone en marcha, por ejemplo, estrategias distintas de sexo seguro. Pero en esto también puede influir la cultura del país de destino por lo que es interesante conocer cuánto tiempo llevan en nuestro país. Como observamos en la tabla 1, el tiempo medio que los TMS inmigrantes han permanecido en nuestro país es de 2 años. El que más tiempo ha estado en España informa que han sido 13 años, mientras que nueve TMS llevaban aproximadamente un

mes, aunque éstos han estado ejerciendo en trabajo sexual bien en sus países de origen bien en otros lugares europeos.

En este sentido, un 16,8% nos informó que ya se dedicaban a esta actividad en su país, mientras que un 83,2% dijo haber comenzado al llegar a España u otros países como medio de subsistencia y poder cubrir sus necesidades económicas. Esto se relaciona, como veremos más adelante, con la razón principal por la que ejercen el trabajo sexual. Además, unido a esto, encontramos la dificultad para dedicarse a otra actividad, puesto que un 63,9% de los TMS inmigrantes no europeos dice no tener los papeles en regla en nuestro país. La mayoría de ellos permanecen bien de manera ilegal bien con un visado de turista de tres meses bien en la espera burocrática para solucionar su situación de permanencia legal.

Otro dato de interés sobre el trabajo sexual es conocer cómo y con quién viven los TMS, algo que va a influir de manera importante en el establecimiento de redes sociales. El 99% de los TMS nos dijo que vivía en piso “haciendo plaza” la mayor parte del tiempo. Así, observamos en la tabla 1, que un 43,4% vive con otros compañeros de trabajo en los pisos gestionados por terceros donde ejercen. Esto es debido a la movilidad implícita en la forma de trabajar de los TMS, como ya hemos comentado con anterioridad. A pesar de esta movilidad, un 56,6% nos dijo que tenía algún domicilio en propiedad o en alquiler en España o fuera de nuestro país, en el que vivían solo (9,1%), con familiares (10,1%), con su pareja (11,1%) o con amigos o compañeros de piso (26,3%).

Una de las cuestiones que más interés ha suscitado en la escasa literatura científica es la orientación sexual de los hombres que ejercen el trabajo sexual. Como nos indica la tabla 2, aunque la mayoría de los TMS se definen como homosexuales (66%), también encontramos un 20% de bisexuales y un 13% de heterosexuales. Además, un 1% de los entrevistados no aceptó catalogarse en ninguna de estas categorías, puesto que entendía las prácticas sexuales como algo más que una etiqueta y prefería hablar de la persona en concreto de la que se enamoraba o con la que mantenía relaciones sexuales, ya fuera mujer, hombre o persona transgénero.

Cuando les preguntamos por sus relaciones de pareja personales, el 60% de los TMS nos dijo que tenía pareja estable, de los que un 61,1% informó de que ésta era un hombre, en consonancia con los datos comentados sobre orientación sexual. Aquellas

que en el momento de la entrevista no tenían pareja estable informaron mayoritariamente que la última relación estable que mantuvieron fue con un hombre (84,6%). La media de tiempo que había transcurrido desde el final de esa relación era de 10,39 meses (DT=10,43). Algunos de ellos (14,3%) hacía un mes que habían terminado la relación mientras que el 19,7% informó que ya habían pasado más de dos años (ver tabla 2).

Tabla 2: Perfil sociodemográfico de los TMS (II)

Orientación sexual	
Homosexual	66%
Bisexual	20%
Heterosexual	13%
No lo sé	1%
Tienes pareja	
Sí	60%
No	40%
Sexo de la pareja	
Hombre	61,1%
Mujer	38,9%
Sexo de la última pareja	
Hombre	84,6%
Mujer	15,4%
Tiempo desde última pareja (meses)	$\bar{x}= 10,39$ D.T.= 10,43
Conoce tu actividad	
Sí	90,5%
No	9,5%
Tienes hijos	
Sí	18,4%
No	81,6%
Cuántos hijos	
1	76,5%
2	17,6%
3	5,9%

Un dato importante es la visibilidad que tienen los TMS con su pareja sobre la actividad que ejercen. El 90,5% dijo que su pareja sabía que ejercía el trabajo sexual (algunas de las parejas también se dedican a esta actividad y, de hecho, algunos hacen plaza en pisos “mixtos” con las parejas), frente a un 9,5% que mantenía esta actividad en secreto, lo que implica una menor publicidad en Internet puesto que no cuelgan fotos,

al menos en las que se vea la cara o ciertos detalles corporales para que no se les pueda identificar.

Por otro lado, un 18,4% de los entrevistados informó que tenía hijos, incluso algunos de ellos de los más jóvenes. La mayoría tenía un hijo (76,5%), aunque el 17,6% tenía dos hijos y el 5,9%, tres. Esto nos hace plantearnos el tipo de política sanitaria y de educación sexual tanto en materia de prevención de VIH y otras ITS como de embarazos no deseados entre jóvenes en todo el mundo, puesto que recordemos que el 95% de los TMS entrevistados eran inmigrantes.

Podemos resumir este apartado diciendo que el perfil demográfico de los TMS entrevistados es de hombres con nivel cultural medio-bajo, en su mayoría inmigrantes, entre los 20 y los 26 años, mayoritariamente homosexuales aunque con un amplio porcentaje de bisexuales y heterosexuales, con pareja estable, algunos de ellos con algún hijo y una parte importante que vive principalmente con otros TMS que “hacen plaza” en un piso.

11.1.2. HISTORIA SEXUAL

En este apartado de la entrevista hemos indagado sobre aspectos relacionados con la historia sexual personal de los TMS, como las primeras relaciones sexuales, tipo de fantasías sexuales o existencia de abuso sexual durante la infancia, entre otros aspectos.

El primer aspecto por el que preguntamos fue la edad **de inicio de sus prácticas sexuales**, tanto en masturbación como en su primera relación con otra persona. Los resultados a estas preguntas (ver tabla 3) nos indican que la edad de inicio en ambas conductas fue muy variada entre los TMS.

Así, la edad media de la primera masturbación es a los 12 años (DT=2,26) y de la primera relación con otra persona a los 14 años (DT=2,7). Aunque un 16% nos informó que se masturbó por primera vez antes de los 10 años y un 10% superados los 14 años, observamos que la mayoría de los TMS se iniciaron en la masturbación entre los 10 y los 14 años. En este sentido, un 21% lo hizo por primera vez a los 12 años y un 20% a los 13 años.

Por lo que respecta a la primera relación sexual con otra persona, la edad de inicio también es muy variada, aunque la mayoría se inician durante el inicio de la adolescencia. Un 69,7% de los TMS se inicia entre los 13 y los 17 años, mientras que un 20,2% antes de los 13 años y un 10,1% entre los 18 y los 20 años. Durante la entrevista uno de los TMS nos comentó que su primera relación sexual con penetración fue con un cliente cuando se inició en el trabajo sexual.

Tabla 3: Primeras relaciones sexuales

Edad primera masturbación	$\bar{x}= 12,04$ D.T.= 2,26
5-8 años	6%
9	10%
10	6%
11	10%
12	21%
13	20%
14	17%
15	6%
16	4%
Edad primera relación sexual con otra persona	$\bar{x}= 14,15$ D.T.= 2,70
7-10 años	10,1%
11-12	10,1%
13	20,2%
14	14,1%
15	14,1%
16	15,2%
17	6,1%
18	5,1%
19-20	5%
Sexo persona primera relación	
Hombre	57%
Mujer	43%

En el mismo sentido que los datos sobre orientación sexual, un 57% de los TMS entrevistados dijo que su primera relación sexual la mantuvo con un hombre, mientras que un 43% tuvo como primera pareja sexual a una mujer.

Para profundizar en el tema de la orientación sexual de los TMS que colaboraron en este estudio, indagamos sobre la **frecuencia y el tipo de fantasías sexuales**, con

hombres o con mujeres, con independencia de su orientación sexual. Aunque la mayoría de los participantes dijo tener una orientación homosexual, un 21,1% de ellos “nunca” había tenido fantasías sexuales con hombres y un 31,6% solo las tenía “algunas veces”. El resto de los TMS (47,4%) informó que tenía fantasías homosexuales “frecuentemente” o “siempre” (ver tabla 4).

Tabla 4: Frecuencia de fantasías sexuales en los TMS

Fantasías homosexuales	
Nunca	21,1%
Algunas veces	31,6%
Bastantes veces	15,8%
Frecuentemente	31,6%
Fantasías heterosexuales	
Nunca	43,2%
Algunas veces	25,3%
Bastantes veces	9,5%
Frecuentemente	22,1%

En relación con las fantasías heterosexuales, es decir, con mujeres, un 31,6% de los TMS dijo tenerlas “bastantes veces” o “frecuentemente”, cifra que se acerca al porcentaje de heterosexuales y bisexuales que encontramos entre los participantes (33,3%). Por consiguiente, el porcentaje de TMS que no han tenido “nunca” o “algunas veces” fantasías con personas del sexo contrario (68,4%) también es muy similar al de aquellos TMS que se autodefinen como homosexuales (66,7%).

Por otro lado, un aspecto que ya hemos comentado que tiene una amplia importancia en la literatura científica desde los inicios de la investigación con TMS tiene que ver con el **abuso sexual en la infancia**. También hemos visto cómo en la literatura no existen conclusiones contundentes al respecto de la influencia de este abuso en el ejercicio de trabajo sexual. Cuando en las entrevistas hemos preguntado al respecto, observamos que un 23% de los TMS informó haber sufrido algún abuso sexual cuando eran pequeños y otro 2% dijo que había tenido algún intento de abuso. Todos ellos comentaron que el abuso sexual lo sufrieron por parte de algún familiar directo o de algún conocido de la familia. Uno de los TMS nos comentó que dicho abuso sexual lo sufrió a los 18 años. Como se muestra en la tabla 5, la edad media del abuso fue a los 11 años (DT=4,21). Destaca que a más de la mitad de los TMS que sufrió un abuso en la infancia (54,5%), éste le ocurrió antes a los 10 años o menos.

Tabla 5: Abusos sexuales

Abuso sexual en infancia o adolescencia	
Sí	23%
No	75%
Intentos	2%
Edad abuso sexual	$\bar{x}= 11,04$ D.T.= 4,21
5 años	4,5%
6	13,6%
7	9,1%
9	18,2%
10	9,1%
11-13	13,5%
14-16	13,5%
17	13,6%
18	4,5%

En resumen, podemos decir que el desarrollo sexual de los TMS no se diferencia del que tiene el resto de la población, con inicio en la masturbación y las relaciones sexuales durante la pre-adolescencia y la adolescencia. En cambio, sí es llamativo el porcentaje de abuso sexual infantil que presentan, aunque ellos nos indicaban que este hecho no les había supuesto ningún tipo de trauma para llevar una vida personal, profesional y sexual totalmente satisfactoria y placentera, lo que no quiere decir que esto sea necesariamente cierto.

11.1.3. ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES MASCULINOS DEL SEXO

En el apartado de la entrevista sobre aspectos relacionados con la actividad profesional de los trabajadores masculinos del sexo hemos incluido cuestiones relacionadas con las motivaciones por las que se dedican a esta actividad, problemas y miedos que encuentran en su trabajo, servicios más frecuentes demandados por los clientes y algunas características de los clientes.

Un aspecto fundamental para el conocimiento de la vivencia que tienen los propios TMS sobre el ejercicio del trabajo sexual es saber si ellos mismos se denominan “trabajadores sexuales”. Como vemos en la tabla 6, el 73,2% de los

participantes “sí” se llama a sí mismo de esta manera. Uno de los TMS no supo qué responder ante esta pregunta, mientras que el 25,8% nos dijo que no les gustaba definirse a sí mismos con esta etiqueta. Los motivos que estos últimos indicaban para no calificarse así fueron varios, pero destaca cómo un 40,9% de ellos indicaba que entendían esta actividad como algo temporal, lo que se relaciona, como veremos más adelante, con la principal motivación para dedicarse al ejercicio del trabajo sexual, la necesidad económica.

Además, un 22,7% nos hablaba de la vergüenza que les suponía el ejercicio del trabajo sexual y un 13,6% indicaba que el término “trabajador sexual” les resultaba muy fuerte y preferían llamarse “acompañantes”. Un 9,1% de los TMS dijo “trabajo de puto, pero no soy puto” y otro 9,1% informaba que no se llama a sí mismo de esta manera puesto que llevaba poco tiempo en esta actividad. Por último, el motivo que presentaba un 4,5% era que sus clientes eran hombres, lo que nos hace pensar en los prejuicios que existen hacia la homosexualidad dentro de este colectivo.

Aunque como observamos en la tabla 6, la edad media de **inicio en el ejercicio del trabajo sexual** revelada es de 21 años (DT=4,03) aunque la variabilidad es muy amplia. Aún así, la mayor concentración la encontramos entre los 18 y los 20 años, edades estas en las que se inició el 40,4%. Es destacable un 1% de los TMS que empezó a los 7 años y, en el extremo contrario, observamos que un 14,2% lo hizo entre los 26 y los 33 años. Además, ya hemos comentado que ninguno de los TMS dice ser menor de edad, pero un 11% de los entrevistados informó haber comenzado en esta actividad con menos de 18 años.

Para entender la realidad de los TMS, nos parecía importante conocer las **motivaciones que les ha llevado a optar por el ejercicio del trabajo sexual**. Así, cuando les hemos preguntado al respecto, un 97% nos dijo que el principal motivo es la necesidad económica y de subsistencia. Pero, como muestra la tabla 6, si profundizamos un poco en esta información observamos que un 6% de los TMS relaciona esa necesidad económica con el hecho de ser inmigrante y no tener los papeles en regla en nuestro país, siendo ésta la única manera a su alcance de ganarse la vida. Además, aunque ninguno de los TMS nos hablaba de la motivación de obtener placer sexual durante el ejercicio de esta actividad, un 6% sí que indicó que su motivación era tener ingresos económicos y, a la vez, conseguirlos con algo placentero, como era, para ellos,

las relaciones sexuales con algunos clientes. Por otro lado, un 2% dijo que su motivación era ganar dinero rápido, diferenciándolo, como ya hemos comentado con anterioridad en el marco teórico, de ganar dinero fácil. Finalmente, llama la atención ese 1% que manifestó dedicarse a esta actividad por “no saber hacer otra cosa”.

Tabla 6: Motivaciones y edad de inicio

¿Te consideras trabajador sexual?	
Sí	73,2%
No	25,8%
No sé	1%
Motivos para no autodenominarse “trabajador sexual”	
Es algo temporal	40,9%
No me gusta lo que hago	22,7%
Prefiero “acompañante”	13,6%
Llevo poco tiempo	9,1%
Trabajo como TMS pero no lo soy	9,1%
Mis clientes son hombres	4,5%
Edad de comienzo como TMS	$\bar{x}= 21,1$ D.T.= 4,03
7 años	1%
13-15	4%
16-17	6%
18	12,1%
19	16,2%
20	12,1%
21-25	34,4%
26-29	12,1%
30-33	2,1%
Motivaciones para dedicarse al trabajo sexual	
Por dinero	83%
No tener papeles	6%
Por dinero y placer	6%
Ganar dinero rápido	2%
Satisfacción por dar cariño	1%
No sé hacer otra cosa	1%
Estar en contacto con gente	1%

Acabamos de ver que la principal motivación que aducen los TMS para el ejercicio del trabajo sexual es los ingresos económicos. La media de ganancias mensuales que informaron los participantes es de 1842,9€ (DT=2005,80). La mayoría de los TMS nos comentaron que con la crisis económica actual sus ingresos habían

disminuido, pero que en otras circunstancias, algunos de ellos podían llegar a ganar mucho más. A pesar de esto, vemos en la tabla 7, que el 37,8% dijo tener ingresos superiores a los 2000€ mensuales, incluso un 1,1% nos dijo que llegaba a ganar 6000€ y otro 1,1% hasta 18000€.

Evidentemente estas cantidades son difíciles de creer cuando todos ellos ejercen en el mismo espacio y en los mismos pisos. De hecho, algunos TMS nos dijeron que, aunque en ciertos momentos las cantidades que pueden llegar a ganar son bastante altas, si algún TMS nos decía que ganaba más de 1000€ en la actualidad nos estaba mintiendo. Además, cuando hemos hablado con los dueños de los pisos, también nos han comentado que estas cantidades no son reales y que difícilmente, teniendo en cuenta que las ganancias son compartidas entre TMS y dueño del piso, algún TMS puede llegar a obtener dichas ganancias. Así, observamos cómo el 40% de los TMS dijo que sus ingresos mensuales era de 1000€ o inferiores, de hecho, un 4,4% no llega a los 500€ al mes.

También nos parecía interesante conocer cuánto tiempo dedicaban los TMS a esta actividad para poder conseguir estos ingresos económicos. En general, la media de días trabajados por semana es de 6,42 (DT=1,21). La mayoría de ellos (72%) está disponible para los posibles clientes todos los días de la semana, el 15% lo está seis días y el 9% entre cuatro y cinco. Llama la atención que un 3% de los TMS entrevistados nos informó que trabajaba uno o dos días semanales, quizás estos sean los escasos TMS que no viven en el piso gestionado por terceros y que han de mantener una doble vida puesto que su pareja y/o familia no es conocedora de la actividad que ejerce.

Además, les preguntamos si en el momento de la entrevista vivían del ejercicio del trabajo sexual. Como podemos ver en la tabla 7, un 94,9% contestó afirmativamente. El resto (5,1%) dijo que no vivía solo de estos ingresos. En este sentido, un 15,2% dijo que, en ocasiones, compaginaba el trabajo sexual con otras actividades. Así, lo compatibilizaban con profesiones como cocinero (21,5%), comercial (21,5%), espectáculo (21,4%) o modelo (14,3%), entre otras. Por último, un 7,1% nos dijo que, al mismo tiempo que ejercía de trabajador sexual, continuaba con sus estudios, aunque por las circunstancias que rodean el hecho de trabajar “haciendo plaza” y el escaso tiempo libre del que disponen, podríamos pensar que, en muchas ocasiones, podría tratarse más de un deseo que de una realidad.

Tabla 7: Aspectos económicos

Ingresos mensuales (€)	\bar{x} = 1842,9 D.T.= 2005,80
300-600	7,7%
700-1000	32,3%
1200-1500	22,6%
2000-3000	30,2%
4000-6000	6,5%
18000	1,1%
Días de trabajo semanales	\bar{x} = 6,42 D.T.= 1,21
1	1%
2	2%
3	1%
4	5%
5	4%
6	15%
7	72%
¿Vives del trabajo sexual?	94,9%
Otras ocupaciones	15,2%
Tipo de ocupación	
Comercial	21,5%
Cocinero	21,5%
Espectáculo (dj, teatro, etc.)	21,4%
Modelo	14,3%
Estilista-peluquero	7,1%
Granja	7,1%
Estudios	7,1%
Periodo de descanso	52,6%
Motivo del descanso	
Descanso/no necesidad económica	49%
Otros trabajos	34,7%
Accidente	6,1%
No necesidad económica	4,1%
Pareja	2%
Estudios	2%
Encargado de piso	2%
Lugares donde ejercen	
Saunas	14%
Masajes	5%
Sex Shop	1%
WC	1%
Bares/Pub	9%
Hotel	16%
Domicilio particular	99%
Espectáculos eróticos	6%
Calle	2%

Pero, además de compaginar el trabajo sexual con otras ocupaciones, más la mitad de los TMS nos informaron que desde que se iniciaron en esta actividad han tenido algún **periodo de descanso**. Los motivos que indicaron fueron, principalmente, disfrutar de unos días de descanso o vacaciones (49%), que los inmigrantes aprovechaban para regresar a su país y poder renovar el visado de turista; tener otros

trabajos y abandonar de manera temporal el trabajo sexual (34,7%); por motivos de salud (6,1%); por no haberlo necesitado económicamente puesto que había ganado lo suficiente con el trabajo sexual para mantenerse una temporada (4,1%); por establecer una relación de pareja, por lo que abandonaba el ejercicio del trabajo sexual (2%); o haberse dedicado de manera exclusiva a coordinar uno de los pisos de TMS (2%) (ver tabla 7).

Otro de los aspectos que quisimos indagar fue si, a pesar de que en la actualidad todos los chicos de la muestra ejercen su actividad haciendo plaza en pisos organizados, también ejercen habitualmente en **otros espacios físicos cerrados**. No preguntamos por internet ya que todos tienen fotos en la web oficial del piso donde realizan la plaza y en otras webs donde se anuncian de manera independiente. Además, todos tienen su cuenta de Messenger por medio de la cual están en contacto con sus clientes. Como muestra la tabla 7, un 99% no tiene problema en acudir al domicilio del cliente, un 16% también se desplaza a hoteles y algunos también ofrecen sus servicios en otros espacios cerrados físicos como saunas (14%) o bares y pubs (9%), mientras que solo un 2% indicó trabajar de manera ocasional en calle. También es de destacar que un 6% participa, en ocasiones, en espectáculos eróticos.

Una parte fundamental de este epígrafe dedicado a la actividad profesional de los TMS es analizar las prácticas sexuales y servicios más comunes y demandados por las personas usuarias de sus servicios. Pero antes de profundizar en este aspecto, les pedimos a los TMS que nos comentaran cuáles eran **los riesgos o temores percibidos** en su actividad. La seguridad física y la tranquilidad que proporciona trabajar en un piso gestionado por terceros así como el hecho de no encontrarse nunca solo en el mismo, puede explicar que un 13,1% nos dijera que no percibía ningún riesgo. Pero a pesar de esta supuesta seguridad, un 15,2% de la muestra dijo sentir temor ante una posible agresión del cliente. Aún así, tal como indica la tabla 8, el mayor riesgo que percibían los TMS entrevistados es la posibilidad de infectarse con alguna enfermedad. El 73,7% de los TMS temía poder infectarse por alguna ITS, especialmente, el VIH-sida.

Otro temor menos informado fue el consumo de drogas (9,1%), tanto por la libertad que impera en los pisos en cuanto a consumo de sustancias, como a la cantidad de clientes que consumen y comparten droga con el TMS mientras dura el intercambio sexual. Además, solo un 3% informó de la posibilidad de que el cliente no pague puesto

que la negociación y el pago del servicio lo gestiona el encargado del piso antes del intercambio sexual con el TMS. Un riesgo que percibían algunos TMS (4%), dada su situación irregular en España, era la posible denuncia que les pudiera hacer algún cliente y los expulsaran del país. Por otro lado, un 2% hablaba de la envidia existente entre los chicos y las consecuencias de las malas relaciones que se pueden establecer entre ellos (recordemos que dada la limitación de su tiempo libre, los TMS que hacen plaza en un mismo piso se convierten en su única red social). Por último, sólo un 1% hizo referencia a la existencia de mafias organizadas entre los TMS, un porcentaje ínfimo si tenemos en cuenta la problemática existente en este sentido en las mujeres que ejercen el trabajo sexual.

Tabla 8: Riesgos y temores percibidos por los TMS en su trabajo

Ningún riesgo	13,1%
Infecciones	73,7%
Agresiones	15,2%
Drogas	9,1%
Denunciar inmigrante ilegal	4%
Cliente no paga	3%
Envidia entre TMS	2%
Falta de apoyo social	1%
Sentimiento de culpa	1%
Mafias	1%

Otra cuestión que quisimos analizar fue, por un lado, los **servicios más demandados por las personas usuarias** y, por otro, qué servicios los TMS se negaban a realizar en su actividad profesional. Como vemos en la tabla 9, los clientes hombres demandaban mayoritariamente sexo oral (54,5%) y penetración anal (53,5%). Es destacable también la cantidad de clientes que demandaba únicamente atención y cariño. Así, un 28,3% de los TMS dijo que lo más solicitado son caricias y un 10% compañía. Además, un 24,2 informó que los clientes solicitaban besos. Las prácticas menos demandadas fueron masturbaciones (3%), sadomasoquismo (2%) y fistfucking (introducción del puño por el ano) (1%).

Por otro lado, los TMS que también trabajan con clientas mujeres informaron que las prácticas más solicitadas por éstas son penetración (78%), sexo oral (41,5%), besos (23,3%), caricias (19,5%) y compañía (17,1%). Aquellas menos solicitadas según

indicaron los trabajadores sexuales fueron las prácticas sadomasoquistas (2,4%), mientras que ninguna demandaba de forma habitual la masturbación.

Tabla 9: Servicios más demandados

	Clientes hombres	Cientas mujeres
Penetración anal	53,5%	78%
Sexo oral	54,5%	41,5%
Caricias	28,3%	19,5%
Besos	24,2%	23,3%
Compañía	10,1%	17,1%
Masturbación	3%	0%
Sadomasoquismo	2%	2,4%
Fistfucking	1%	0%

Ya hemos comentado cómo el ejercicio del trabajo sexual lleva asociada una negociación inicial con la persona usuaria sobre los servicios sexuales, el consumo de sustancias o el precio del servicio. Aunque en nuestro estudio esta responsabilidad recae en el encargado de gestionar el piso, los TMS muestran algunas diferencias en ciertos **servicios que se niegan a realizar** con los clientes y sus motivos, como observamos en la tabla 10. Así, más de la mitad de los participantes (53,7%) indicó que no realizaba ninguna práctica de riesgo sin preservativo con sus clientes, lo que se relaciona con el principal temor que asocian a esta actividad, que ya hemos visto que fue la infección por VIH u otra ITS. Reforzando esta idea, un 6,3% de los TMS especificó que no permitía que el cliente eyaculara en su boca.

Pero encontramos también otras prácticas que los TMS no realizan con las personas usuarias de sus servicios. Un 17,9% informó que no practica el “beso negro”, un 15,8% no realiza nada relacionado con el sadomasoquismo y un 11,6% no realiza ninguna práctica escatológica, especificando un 4,3% que nunca practican la “lluvia dorada”. Por otro lado, aunque hemos visto que los besos son una de las prácticas más demandadas por los clientes, un 13,8% se niega a besar a las personas que contratan sus servicios. Una parte de la población de TMS heterosexual dijo que nunca adopta un rol pasivo. Esta respuesta la encontramos en un 10,5% de los TMS. Por otro lado, el consumo de sustancias, como veremos más adelante, es habitual entre los TMS y también con sus clientes. De hecho sólo un 2,1% de ellos manifestó expresamente que no consumía ninguna droga durante el servicio. Por último, un 2,1% lo que niega

directamente es tener relaciones con ciertos clientes, como aquellos que no presentan una higiene adecuada.

Tabla 10: Servicios que los TMS se niegan a hacer

¿Qué servicios te niegas a hacer?	
Cualquier cosa sin preservativo	53,7%
Beso negro (anal)	17,9%
Sadomasoquismo	15,8%
Besar al cliente	13,8%
Prácticas escatológicas	11,6%
Rol pasivo	10,5%
Eyacular en la boca	6,3%
Lluvia dorada	4,3%
Drogas	2,1%
Ciertos clientes	2,1%
Motivos	
Miedo a contagio	36,8%
Asco	22,8%
No me gusta	17,5%
Contagio y asco	14%
Soy activo	7%
Es algo humillante	1,8%

Los motivos que comentaron los TMS para no llevar a cabo estas conductas son también variados, pero el principal (36,8%) vuelve a ser “estoy jugando con mi vida” en referencia a la posibilidad de infectarse por el VIH. El segundo motivo que encontramos es el “asco” (22,8%) al referirse, sobre todo, a las prácticas más escatológicas. Pero un 14% de los TMS entrevistados combinó el temor a una infección y el asco hacia ciertas prácticas en su respuesta. Por otro lado, un 17,5% hizo referencia a que las prácticas que no realiza con los clientes son aquellas que “no le gustan”, matizando que no es que les dieran asco, sino que tampoco las realizan en sus relaciones sexuales personales. Un 7% de los TMS dijo que no realiza ciertas prácticas porque siempre adopta un rol activo, o bien por considerarse heterosexual y es él quien ha de penetrar o bien porque nunca adopta un rol pasivo aunque se defina como homosexual o bisexual. Finalmente, para un 1,8% el motivo fue que aquellas prácticas que rechaza son humillantes.

Una vez analizadas las prácticas más demandadas por las personas usuarias de los servicios de los trabajadores sexuales y los motivos que argumentan éstos para no realizar algunas de ellas, pasamos a indagar con qué **frecuencia realizaban en su**

actividad laboral algunas prácticas sexuales (ver tabla 11). Para ello les pedimos que nos dijeran si las prácticas sexuales que les íbamos a plantear las realizaban “siempre, bastantes veces, alguna vez o nunca” con sus clientes. Ya hemos comentado que los servicios más demandados por las personas usuarias, tanto en los clientes hombres como en las clientas mujeres, son la penetración y el sexo oral, con lo que es de esperar que la frecuencia con la que los TMS realizaran estas prácticas en su trabajo fuera alta. Comenzaremos la exposición de la frecuencia de realización de prácticas sexuales con aquellas que los TMS informaron que eran las más demandadas por los clientes, para comentar a continuación otras conductas sexuales con las personas usuarias.

Al hablar de intercambio sexual con clientes hombres, hay que hacer una diferenciación entre penetración insertiva y penetración receptiva. El 86% de los TMS indicó que el coito anal insertivo, es decir, la práctica en que el TMS penetra al cliente, era practicada entre “bastantes veces” (40%) o “siempre” (46%). No obstante, la penetración receptiva, en la que el cliente penetra al TMS no era tan frecuente. Un 21% de la muestra dijo no hacerlo “nunca” y la mayoría (34%) lo hacía sólo “algunas veces”. Aún así, el 25% informó hacerlo “bastantes veces” y el 20% dice ser penetrado “siempre”. Podemos suponer que el porcentaje de chicos que no realiza esta práctica son los que anteriormente nos habían comentado que se niegan a hacer ningún servicio en el que deban adoptar un rol sexual pasivo.

El otro servicio más demandado por los clientes hombres es el sexo oral. Al analizar la frecuencia de realización también hemos distinguido quién le hace la felación a quién, puesto que la felación receptiva supone un mayor riesgo para la infección de VIH. Así, vemos que cuando les preguntamos la frecuencia en la que el TMS le chupaba el pene al cliente, más de la mitad (53%) siempre la realizaba y el 17% dijo hacerlo “bastantes veces” y tan solo un 4% no lo hacían nunca. El caso inverso, el cliente le hace la felación al TMS, ninguno de los TMS dijo que no lo hacía “nunca”. Además, el 88,9% de los TMS dijo hacerlo “siempre o bastantes veces” y sólo el 11,1% indica que realiza esta práctica “algunas veces”.

Por lo que respecta a la clientas mujeres, el 37,9% de los TMS nos dijo que la penetración vaginal la realizaban “siempre o bastantes veces”, un 44,8% lo hacía “algunas veces” y un 17,2% “nunca”. Con el cunilinguus encontramos resultados similares, ya que el 68,4% de los TMS no lo realizan “nunca o casi nunca” y solamente

un 31,6% “bastantes veces o siempre”. Podríamos suponer que la mayoría de estos trabajadores sexuales dicen no realizar estas prácticas sexuales de manera habitual puesto que, aunque acepten trabajar con mujeres, muchos se consideran homosexuales y se dedicarán a realizar otro tipo de servicios con ellas.

En cuanto a la masturbación con clientes hombres, los resultados nos indican que la masturbación al cliente la practicaban “siempre o bastantes veces” un 72% de los TMS, mientras que el cliente masturbe al TMS se da “siempre o bastantes veces” en el 75% de los casos.

Pasamos ahora a comentar otras prácticas sexuales menos frecuentes que se realizan en los intercambios comerciales entre TMS y sus clientes. En primer lugar comentaremos el “beso negro o anilinguus”. Esta práctica es muy poco frecuente, sobre todo cuando el beso negro se lo realiza el TMS al cliente, donde el 79% “nunca” lo hacía y el 20% dijo realizarlo “algunas veces”. Pero a la inversa, el cliente lame el ano al TMS, es algo más frecuente. El 25% dijo que lo realizaba “siempre o bastantes veces”, el 39% dijo realizarlo “alguna vez” y un porcentaje también muy amplio (36%) no la realizaban “nunca”.

Otra práctica menos común, pero en la que también encontramos diferencias según hacia quién se dirija, cliente o TMS, es todo lo relacionado con el sadomasoquismo. Hacer daño es más frecuente cuando el dolor va dirigido hacia el cliente. En este sentido, encontramos un 88,7% de la muestra que “nunca” participa en juegos en los que el cliente le haga daño. Por el contrario, cuando es el cliente el que le pide al TMS que le inflija dolor, el 48,5% de los TMS dijo que participaba en este juego sexual “algunas veces”, el 8,2% informó que “bastantes veces” y el 2,1% “siempre”. Pero un 41,2% de los TMS entrevistados no accedía a hacerle daño al cliente “nunca”. Hay que recordar que la participación en este tipo de juegos sexuales se ha negociado con anterioridad al inicio del intercambio sexual.

Algunas de las prácticas menos frecuentes de los trabajadores sexuales con sus clientes son la “lluvia dorada” y la introducción de objetos en el ano o en la vagina. El 95% de los TMS entrevistados dijo que no practicaba “nunca” o únicamente “algunas veces”. Por último, el 53,6% de los TMS dijo haber introducido objetos (consoladores u otros objetos) en al ano o en la vagina de los clientes en alguna ocasión. Esta práctica no

la realizaba “nunca” un 33% de la muestra y el 13,4% la hacía “bastantes veces o siempre”.

Para finalizar, comentar dos prácticas que tampoco son muy frecuentes en nuestra población de TMS. En primer lugar, que el cliente solicite la participación en tríos u orgías, práctica en la que varios TMS y/o varios clientes a la vez participan en la relación sexual. Casi todos los chicos de la muestra han participado en alguna ocasión en este tipo de actividad (solo el 3% dijo no haberlo hecho “nunca”), de hecho, el 69,7% lo ha hecho “algunas veces”, el 22,2% participado en orgías o en tríos “bastantes veces” y un 5,1% “siempre”.

En segundo lugar, la otra idea a la que hacíamos referencia es la de hacer realidad ciertas fantasías más extravagantes de los clientes, algo que solo informaron haber hecho “bastantes veces” el 11,3% de los TMS y “siempre” el 10%, mientras que el 20% dijo no haberlo hecho “nunca” y la mayoría (58,8%) “algunas veces”.

Tabla 11: Frecuencia prácticas sexuales con los clientes (%)

	Nº orden*	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
Masturbar al cliente	4	3	25	26	46
Masturbación al TMS	3	0	25	29	46
Coito vaginal	7	17,2	44,8	8,6	29,3
Felación al cliente	5	4	26	17	53
Felación al TMS	1	0	11,1	25,3	63,6
Cunnilingus	9	45,6	22,8	7	24,6
Beso negro al TMS	11	36	39	11	14
Beso negro al cliente	16	79	20	1	0
Penetración anal al cliente	2	1	13	40	46
Penetración anal al TMS	8	21	34	25	20
Lluvia dorada	6	54	41	4	1
Introducción de objetos en ano/vagina	13	33	53,6	5,2	8,2
Tríos u orgías	10	3	69,7	22,2	5,1
Infligir dolor al cliente	14	41,2	48,5	8,2	2,1
Recibir dolor del cliente	17	88,7	11,3	0	0
Hacer realidad fantasías cliente	12	20	58,8	11,3	10
Otras	15	91,7	2,8	5,6	0

*bastantes veces+siempre

Para finalizar este epígrafe, dada la dificultad de acceso a las personas usuarias de los servicios sexuales para conocer su perfil demográfico y poder establecer intervenciones eficaces de prevención de VIH, preguntamos a los TMS sobre algunas **características de sus clientes** (ver tabla 12). En primer lugar, indagamos la cantidad de clientes diarios, tanto hombres como mujeres, que tenían los TMS del estudio. Así, la

media de clientes diarios es de 3,58 (DT=1,61). Un 57,5% informó que tenía entre uno y tres clientes hombres cada día, un 19,1% habló de cuatro clientes y un 11,7% de cinco. Pero algunos TMS dijo tener un número bastante superior de clientes hombres diarios, de manera que un 1,1% llegaba a diez clientes y otro 1,1% informó de ocho.

Por lo que respecta a las clientas mujeres, no es posible cuantificar de esta manera, puesto que el número de mujeres que buscan sus servicios sexuales es muy escaso. Además, muchos de ellos que se consideran homosexuales no aceptan a clientas mujeres, algo que no ocurre con los heterosexuales, que sí que aceptan a clientes hombres, aunque muchos de ellos se limitan a adoptar un rol activo con ellos. Así, el 57% de la muestra no contestó a esta pregunta puesto que ya nos dijeron de entrada que sólo ofrecen sus servicios a hombres (ver tabla 12). El 97,7% de aquellos que sí ofrece sus servicios a mujeres nos dijo que como mucho podían llegar a tener una clienta diaria. De hecho, un 65,1% nos dio que lo habitual es no tener ninguna clienta mujer. El 2,3% habló de tres clientas, pero nos aclaraban que esto solía ocurrir en ciudades más grandes.

Por otro lado, nos parecía interesante saber qué cantidad de clientes fijos o habituales tenían los TMS de nuestra muestra y poder analizar la existencia de diferencias con los clientes esporádicos, en algunas variables de su actividad profesional. Tal como se muestra en la tabla 12, el 73,8% nos dijo que no tenía clientas mujeres habituales; el 21,5% de los que ofrecen sus servicios a mujeres, indicó que entre 1 y 4 eran asiduas y un 2,4% llegó a plantear la existencia de 15 clientas habituales pero en todas las ciudades donde había ido ejerciendo plaza. La media de clientas mujeres habituales es de 0,93 con una D.T. de 2,66.

En cuanto a los hombres, de nuevo, encontramos una mayor variabilidad. La media de clientes hombres fijos es de 6,09 (D.T.= 8,83). El 41,4% de los TMS participantes dijo tener entre 1 y 3 clientes hombres habituales. El 19,6% tenía entre 4 y 6 clientes hombres fijos y el 13,1% de los TMS indicó tener entre 7 y 12 clientes. Un 5,5% de los TMS informó que llegaba a tener entre 15 y 25 clientes fijos y otro 5,5% informó de tener entre 30 y 50, aunque esto es debido a la movilidad que caracteriza esta profesión. Como observamos en la tabla 12, cabe resaltar que un 15,2% de los chicos que entrevistamos dijo no tener clientes fijos.

En relación a datos sociodemográficos de la personas usuarias, según nos informaron los TMS, el rango medio de edad oscila entre los 36,9 años (DT= 9,26) y los 55,8 años (DT=9,79), aunque los TMS nos informaron que habían tenido clientes desde los 18 hasta los 80 años, pero ninguno de ellos nos habló de clientes menores de edad. Por su parte, cuando a los TMS les preguntamos por el nivel socioeconómico de sus clientes, informaron que se trata de personas con un nivel adquisitivo alto (25%) o medio-alto (25%). Con un nivel medio encontramos al 47,8% y con un nivel medio-bajo o bajo, solamente, un 2,2%. Es preciso recordar aquí que estos datos se han obtenido de la percepción subjetiva que tenían los TMS sobre sus clientes y, en ningún momento, hemos tenido accesibilidad directa a las personas usuarias por la clandestinidad con la que viven ser clientes de los hombres que ejercen el trabajo sexual.

También quisimos indagar el tiempo que dedican los TMS a cada cliente. Aquí nos comentaron que dependía del servicio que pedía éste, puesto que no dedican lo mismo, ni cobran lo mismo, por una felación que por una relación sexual con penetración o cuando realizan prácticas sexuales menos habituales como sadomasoquismo o lluvia dorada. A pesar de esto, les pedimos que intentaran concretarnos el tiempo que estaban con sus clientes. Como indica la tabla 12, el 5,1% fue incapaz de cuantificar y nos dijo que depende del cliente y del servicio ya que incluso podían estar días en caso de que el servicio fuera un acompañamiento en un viaje. Casi la mitad (48,5%) nos dijo que los clientes solían contratar servicios de una hora. Un 40,4% dijo estar con el cliente entre 30 minutos y una hora y el 5,1% entre 10 y 30 minutos. Un 1% de la muestra de TMS informó estar con sus clientes 10 horas, aunque hacen referencia a los “clientes de coca”.

Por último, quisimos comprobar la frecuencia de agresiones o amenazas sexuales que sufrían los hombres que ejercen el trabajo sexual por parte de sus clientes. Aunque el 96% negó haber sufrido algún tipo de agresión, es llamativo que en piso gestionado por terceros donde los TMS siempre están acompañados, el 3% dijera que en alguna ocasión había sido víctima de algún abuso por parte de alguna de las personas usuarias y que a un 1% algún cliente había intentado agredirle.

Tabla 12: Características de los clientes

N° de clientes hombres diarios		$\bar{x}= 3,58$ D.T.= 1,61
1		4,3%
2		20,2%
3		33%
4		19,1%
5		11,7%
6-7		9,6%
8-10		2,2%
N° clientas mujeres diarias		
0-1		65,1%
1		32,6%
3		2,3%
N° clientes fijos hombres		$\bar{x}= 6,09$ D.T.= 8,83
0		15,2%
1-3		41,4%
4-6		19,6%
7-12		13,1%
15-25		5,5%
30-50		5,5%
N° clientas fijas mujeres		$\bar{x}= 0,93$ D.T.= 2,66
0		73,7%
1-2		16,7%
3-4		4,8%
8		2,4%
15		2,4%
Edad de los clientes		
Mínima		$\bar{x}= 36,9$ D.T.= 9,26
Máxima		$\bar{x}= 55,8$ D.T.= 9,79
Nivel socioeconómico		
Bajo		2,2%
Medio		47,8%
Medio alto		25%
Alto		25%
Tiempo dedicado al cliente		
Depende del servicio		5,1%
10-30 minutos		5,1%
30-60 minutos		40,4%
1 hora		48,4%
10 horas		1%
Abuso sexual por parte de las personas usuarias		
Sí		3%
No		96%
Intento		1%

Como conclusión de este apartado relacionado con aspectos de la actividad profesional de los TMS podemos decir que la motivación principal que tienen para dedicarse a esta profesión es económica. Los servicios que más les demandan sus clientes, tanto hombres como mujeres, son la penetración y el sexo oral, aunque hay

prácticas que los TMS se niegan a hacer, sobre todo las que pueden exponerles a una infección por VIH u otras ITS. En los capítulos siguientes, analizamos las estrategias de sexo seguro en este colectivo de TMS y el uso del preservativo en su vida profesional y personal.

11.1.4. CONDUCTAS DE SALUD EN LA POBLACIÓN DE HOMBRES QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL.

Ya hemos comentado en el marco teórico la importancia que tiene en los TMS mantener un cuidado corporal y de higiene personal que les ayude a conseguir una imagen corporal atractiva para los posibles clientes. En la entrevista que mantuvimos con ellos les planteamos algunas cuestiones relacionadas con su salud como qué importancia tiene ésta para ellos, qué tipo de cuidados mantienen, cómo valoran su salud actual, etc. Pero también indagamos sobre otras conductas como el posible consumo de sustancias, su historia personal al respecto y el grado de conocimiento de ITS y si padecen o han padecido alguna de ellas.

Lo primero que preguntamos fue si los TMS llevaban algún tipo de **control médico periódico**. La tabla 13, nos muestra que el 39,8% de los participantes contestó afirmativamente. El resto que dijo que no, argumentaba que no le era posible hacerlo debido a la movilidad que lleva implícita la profesión a la que se dedican para evitar el efecto “cara quemada”. Los motivos que dieron para realizarse este tipo de control médico fueron: el 84,6% por un chequeo general, el 10,2% para controlar ITS y hepatitis, el 2,6% se realiza las pruebas de control de la infección por VIH y otro 2,6% acude de manera regular al dentista puesto que llevaba ortodoncia.

Estos datos nos indican que una gran parte de los TMS se preocupa por su salud y no solo por su apariencia física, que es lo que más llama la atención de las personas usuarias. Cuando les pedimos que nos valoraran entre 0 y 10 el **grado en el que cuidan su salud**, observamos que un 3,1% de los TMS se dio una puntuación inferior a cinco y un 8,3% se puntuó entre cinco y seis. Aún así, la valoración media que hicieron de su cuidado de salud es de 7,95 (DT=1,64). Además, como muestra la tabla 13, un 20,6% se da la puntuación máxima y un 68% de los TMS valora su cuidado de salud con una

puntuación de entre siete y nueve. Dada esta alta autovaloración y percepción sobre el buen cuidado de la salud, quisimos averiguar en qué consistía ese cuidado.

Tabla 13: Cuidados de salud

Control médico periódico	39,8%
Motivos control médico	
Chequeo general	84,6%
Hepatitis	5,1%
ITS	5,1%
Dentista	2,6%
Infección VIH	2,6%
Grado de cuidado de la salud (0-10)	$\bar{x}= 7,95$ D.T.= 1,64
2-4	3,1%
5-6	8,3%
7-8	51,5%
9	16,5%
10	20,6%
En qué consiste el cuidado de la salud	
Cuidan la alimentación	85,7%
Fuman	40,6%
Duermen correctamente	69,4%
Hacen deporte	57,1%
Beben alcohol	33,7%
Consumen sustancias	45,9%

Contrariamente a lo que podríamos imaginar por los horarios que llevan los TMS en su trabajo y por su ritmo de vida, muchas veces asociado a locales de ocio y a la noche y la movilidad entre ciudades, las **conductas de salud** que realizan son muy positivas y las llevan a cabo la mayoría de ellos. De entrada, un 85,7% dijo que cuidaba su alimentación, intentando llevar unos horarios estables de comida, haciendo cinco comidas diarias y tomando una alimentación variada. El 69,4% dijo que dormía bien y suficientes horas, aunque, dado su ritmo de trabajo, sus horarios de sueño eran más diurnos que nocturnos. Un 57,1% dijo que hacía ejercicio físico de forma continuada, aunque fuera en el interior del piso, aunque muchos de ellos deseaban poder acceder a un gimnasio donde poder fortalecer su musculatura y mejorar o mantener su imagen corporal.

En cuanto al **consumo de sustancias**, los resultados son más moderados (ver tabla 13). Así, el 59,4% de los TMS entrevistados dijo que no fumaba tabaco y solo el 33,7% dijo ser consumidor de alcohol, especialmente bebedores sociales, pero no adictos. Algo más alto es el porcentaje de consumo cuando les preguntamos por otras sustancias. El 54,1% dijo no tomar ningún otro tipo de sustancias diferente a alcohol o a tabaco, es decir, el 45,9% de la muestra es consumidora de otras drogas. Pero, más tarde, cuando les preguntamos por el consumo de drogas encontramos que el porcentaje de trabajadores sexuales que dicen consumirlas es bastante mayor, el 57,1% (ver tabla 14). Una posible explicación que podemos proponer, es el hecho de que muchos de ellos consumen drogas “blandas” fumadas (hachís, marihuana) de manera continuada y durante todo el día, considerándolo como un consumo habitual como puede ser el de tabaco. Al tratarse de un hábito automatizado no lo consideraban consumo de sustancias tóxicas hasta que se les preguntó directamente qué drogas consumían.

Como vemos, más de la mitad de los TMS entrevistados se considera consumidor habitual de sustancias y el 16,7% dijo estar “enganchado”; el resto dijo poder dejarlo en cualquier momento puesto que no era una necesidad vital para ellos. En la tabla 14, podemos ver las sustancias consumidas por los TMS. Así, la más consumida entre la población de TMS entrevistada era la cocaína, consumida por un 75% de los consumidores habituales. Pero la mayoría de los que tomaban esta sustancia nos aclaraban que lo hacía solamente con los “clientes de coca”, que, como ya hemos comentado en el marco teórico, son aquellos clientes que consumen cocaína junto con el TMS durante la práctica sexual. Normalmente estos clientes contratan los servicios de TMS durante varias horas, con lo que el consumo de esta sustancia les ayuda, tanto al cliente como al trabajador sexual, a seguir el ritmo sexual durante tanto tiempo.

Nos es llamativo que una de las sustancias más consumidas por la población general, especialmente por los jóvenes, sea relativamente poco consumida entre los TMS. Nos referimos al hachís. Sólo el 28,6% de los TMS que decía consumir alguna droga, fumaba “porros”. Pero quizás, el porcentaje de chicos que realmente consume hachís sea más alto, aunque como es un consumo tan habitual para los que lo fuman, casi tanto como el tabaco, no piensen en él como droga cuando los preguntamos por las sustancias que consumen.

Tabla 14: Consumo de sustancias

Consumo de sustancias en la actualidad	57,1%
¿Estás enganchado?	16,7%
¿Qué drogas consumes? (entre los que dicen consumir alguna)	
Cocaína	75%
Éxtasis	10,7%
Hachís	28,6%
Marihuana	39,3%
Speed	10,7%
Ketamina	5,4%
Popper	2,9%
Pasado de consumo de drogas inyectadas	2,5%
Consumo a lo largo de la vida	56,7%
Sobredosis	10,8%
Tratamiento	5,4%

Otra de las sustancias de consumo más masivo en la población joven es la marihuana. El consumo de esta sustancia era mayor que el de hachís entre los trabajadores sexuales masculinos ya que el 39,3% dijo fumar “maría” habitualmente. Por otra parte, las drogas menos consumidas por los TMS entrevistados son las anfetaminas (10,7%), las drogas de síntesis (10,7%) y ketamina (5,4%). Habitualmente el consumo de esta última sustancia va acompañado del consumo de cocaína, es decir, normalmente se mezclan ambas sustancias para consumirlas juntas. Ya hemos visto que la cocaína es la sustancia más consumida entre la población de TMS entrevistada (ver tabla 14).

Una mención especial merece el *popper*, una sustancia dilatadora de esfínteres muy consumida entre la población homosexual antes de mantener prácticas sexuales con penetración anal. Aunque la literatura nos dice que este tipo de sustancias están siendo cada vez más comunes entre la población de trabajadores sexuales, solamente el 2,9% de los TMS de la muestra hizo referencia al consumo de alguna de ellas. Tal vez, relacionan el consumo de drogas con su tiempo de ocio y el consumo de popper no lo entienden como un consumo de drogas tradicional puesto que lo ven como un instrumento que les facilita ciertas tareas de su actividad profesional.

En cuanto al consumo de drogas inyectadas, hemos encontrado un 2,5% de participantes que nos indicó que sí que se había pinchado en otros momentos de su vida, pero que en el momento de la entrevista ya no lo hacía.

Siguiendo con su historia pasada de consumo de drogas, como se muestra en la tabla 14, el 56,7% de los TMS dijo haber sido consumidor de alguna sustancia de manera habitual en algún momento de su vida. Por otra parte, aunque el porcentaje de TMS que dicen haber tenido a lo largo de su vida de consumo algún problema de sobredosis es del 10,8%, solamente el 5,4% de los trabajadores sexuales entrevistados dijo haber hecho algún tipo de tratamiento profesional para dejar el consumo de drogas, aunque no siempre obtuvieron resultados exitosos.

Tras este análisis conjunto sobre los cuidados de salud y el consumo de diversas sustancias, les pedimos que nos dijeran cómo **consideraban su estado de salud**. Ninguno de ellos dijo que su salud era “mala”. De hecho, la percepción de su estado de salud es muy positiva. Un 34,3% la considera “excelente” y un 40,4% “muy buena”. El resto, un 25,3%, la valora como “regular” y creía que podría mejorarla. Estos resultados van en la línea del cuidado de su imagen corporal y de sus cuidados de salud como la alimentación, el ejercicio físico o la realización de chequeos médicos periódicos, como ya hemos comentado (ver tabla 15).

Tabla 15: Valoración subjetiva del estado de salud

Muy malo	0%
Malo	0%
Regular	25,3%
Bueno	40,4%
Excelente	34,3%

Una vez analizadas las actitudes y comportamientos generales sobre la salud y la presencia que tienen las drogas en el día a día de los hombres que ejercen el trabajo sexual, quisimos recopilar información sobre infecciones de transmisión sexual, otro gran tema de una importancia capital en la actividad profesional de los TMS pero también en su vida personal. El primer aspecto que quisimos indagar es el **conocimiento que tenían sobre ITS** y para ello les preguntamos cuáles son las que conocían (ver tabla 16). El hecho de que el 95% de los participantes fueran inmigrantes y muchos de ellos no hablaran bien el castellano ni el inglés o el francés (lenguas

controladas por los investigadores) dificultó la recogida de información sobre esta cuestión. En algunas ocasiones lo que conseguíamos era que, en vez de decirnos el nombre de la ITS, nos explicaban en qué consistía.

Con el fin de no influir en sus respuestas, les pedimos que nos nombraran aquellas ITS que recordaran. Las más conocidas fueron la gonorrea, que la nombró un 75,5% de los TMS, la sífilis que la conocía el 66% y el sida que la recordó el 59,6%. El 21,3% de los participantes nombró los herpes, el 18,1% la hepatitis, el 8,5% el Virus del Papiloma Humano, el 8,4% los condilomas y, por último, solo el 2,1% mencionó las ladillas. El resto de ITS no las nombró ninguno de los TMS entrevistados. Es llamativo que el sida, aunque durante la entrevista acabábamos de hablar de cuestiones relacionadas con el VIH, es mencionado por un 59,6%, aunque quizá por acabarlo de comentar no se les ocurría incluirlo entre las ITS. Otra posible explicación es que dada la importancia y la gravedad de la infección por el VIH lo categorizan en un nivel superior al resto de ITS, puesto que, además, esta infección se transmite por otras vías además de la sexual.

Tabla 16: Infecciones de Transmisión Sexual

¿Qué ITS conoces?

Gonorrea	75,5%
Sífilis	66%
Sida	59,6%
Herpes	21,3%
Hepatitis	18,1%
Papiloma	8,5%
Condilomas	8,4%
Ladillas	2,1%
Padece en la actualidad ITS	6%
Ha padecido ITS	33%

Como sabemos, el riesgo de infección por VIH es diez veces mayor cuando la persona padece infecciones de transmisión sexual. Por ello, le preguntamos a los TMS si tenían en ese momento o si habían tenido con anterioridad alguna ITS. Los datos nos indican que el 94% no padecían en ese momento una ITS y solamente el 33% de los TMS entrevistados habían padecido una ITS a lo largo de su vida (ver tabla 16). La principal ITS que nos dijeron que habían sufrido fue la gonorrea, razón esta que hace que esta ITS sea la más conocida entre esta población.

En general, a lo largo de este apartado hemos observado que la valoración subjetiva que los TMS hacen de su estado de salud es muy buena manteniendo diferentes conductas para mantener una buena salud y mejorar su imagen corporal. Por otro lado, los datos nos muestran una importante desinformación sobre ITS que puede influir en el porcentaje de TMS que han padecido o padecen en la actualidad alguna de ellas.

11.1.5. VIH, SIDA Y TRABAJADORES MASCULINOS DEL SEXO

En un apartado anterior hemos analizado los servicios y prácticas sexuales más demandadas por las personas usuarias de los hombres que ejercen el trabajo sexual y también aquellas prácticas que los propios TMS se niegan a realizar. Ya sabemos que la sexualidad no es la única vía de transmisión del VIH, aunque sí es la que se produce en la actualidad un mayor número de infecciones, y que no todas las prácticas sexuales suponen el mismo riesgo para la infección. En este apartado vamos a profundizar en las conductas de riesgo para el VIH en el colectivo de TMS, así como en algunas prácticas preventivas, en actitudes e información sobre el VIH, no sólo en el ámbito profesional sino también en sus relaciones sexuales personales.

Comenzaremos explorando los **conocimientos sobre las prácticas sexuales de riesgo** para la infección por VIH. El 90,9% de los TMS dijo conocer cuáles son las conductas sexuales que suponen un riesgo de infección, pero, de entrada, ya observamos un 9,1% de ellos que admite que no las conoce tanto como debería por el riesgo que supone esta desinformación. En la tabla 17, presentamos los resultados obtenidos cuando a los trabajadores sexuales les preguntamos por diferentes prácticas sexuales para que nos dijeran si éstas implican un riesgo de infección para el VIH.

El primer bloque hacía referencia a una práctica de bajo riesgo, el sexo oral entre hombres, donde encontramos los primeros errores y desinformación. Así, un 4% de los TMS dijo que una felación sin preservativo tragando el semen no implica ningún riesgo de infección. Cuando les planteamos la misma pregunta sobre una felación sin condón pero sin tragar el semen, el 25% nos dijo que no supone un riesgo, lo cual es falso, un 70% asume que sí exista algo de riesgo y un 5% no sabe si esta práctica es o no de riesgo. También algunos contestan de forma errónea al preguntarles por una felación

con preservativo, puesto que un 3% de los TMS dice que a pesar de usar el condón existe riesgo de infección y un 1% tampoco sabe en esta ocasión qué responder.

Por lo que respecta al cunnilingus (sexo oral con una mujer) la desinformación es mayor que en sexo oral entre hombres. De hecho, el planteamiento lo hicimos desde la práctica de esta conducta sexual sin ningún método de protección y algunos de ellos se sorprendieron cuando les explicamos que existen métodos de prevención, como el cuadradito de látex (sabanita de látex), para las ocasiones en las que se realiza esta práctica. Un 18% no sabe que esta práctica sin protección supone un riesgo de infección para el VIH, pero, además, un 14% dijo que no comporta ningún riesgo. Solo el 68% tenía claro, que aunque es bajo, el cunnilingus desprotegido conlleva algo de riesgo.

El segundo bloque de prácticas es el relacionado con la penetración. En lo referente a coito anal sin condón, todos los TMS tenían claro que esta práctica es de alto riesgo para la infección por VIH. Pero la respuesta ya no fue unánime cuando les preguntamos por la penetración anal con preservativo. Aquí encontramos un error de sobrestimación puesto que un 8% de los TMS dijo que a pesar de usar condón sí que existe un riesgo de infección. El 92% tenía claro que usando protección en la penetración anal no hay riesgo para el VIH, siempre partiendo de la base de que no existan roturas.

Pero tampoco encontramos una respuesta correcta en todos los TMS al preguntar por el coito vaginal. Así, aunque cuando les preguntamos por esa práctica sin preservativo, casi todos (99%) contestan de forma correcta, un 1% no sabe si esto puede llevar un riesgo de infección. Pero los errores de sobrestimación vuelven a aparecer si les preguntamos por la penetración vaginal con preservativo. En este caso, el 95% contestan correctamente que si no hay rotura no hay riesgo, pero un 5% dijo que sí que había riesgo a pesar de utilizar el preservativo.

También en la tabla 17 vemos que los mayores errores de sobreestimación de riesgo aparecen en tres prácticas sexuales que no conllevan riesgo de infección por VIH, principalmente en los besos con intercambio de saliva. Ésta la considera de riesgo el 35% de los TMS entrevistados y el 10% no sabe si es o no de riesgo. En segundo lugar, un 7% dijo que un beso sin saliva sí que puede transmitir el VIH y otro 6% no sabía qué responder. Por último, en cuanto a caricias corporales, que tampoco suponen un riesgo, un 6% de los TMS creía que sí se podía infectar por el VIH con esta práctica.

Tabla 17: Información VIH (%)

	Sí transmite	No transmite	No lo sé
Felación sin preservativo tragando semen	96	4	0
Felación sin preservativo sin tragar semen	70	25	5
Felación con preservativo	3	96	1
Coito anal sin preservativo	100	0	0
Coito anal con preservativo	8	92	0
Coito vaginal sin preservativo	99	1	0
Coito vaginal con preservativo	5	95	0
Cunnilingus	68	14	18
Beso sin intercambio de saliva	7	87	6
Beso con intercambio de saliva	35	55	10
Caricias corporales	6	94	0

En general, los conocimientos que el colectivo de TMS estudiado tienen sobre la transmisión sexual de VIH, son necesariamente mejorables. Por supuesto, una vez planteadas todas las prácticas sexuales, a aquellos TMS que estaban equivocados en alguna de las prácticas sexuales, tanto por sobrestimación o por subestimación, así como los que dijeron no saber si alguna práctica era de riesgo o no para la infección por VIH, se les dio feedback al respecto, aclarándoles los errores y las dudas que pudieran tener.

Pero si una parte importante de la prevención de VIH es la que tiene que ver con disponer de una información clara y adecuada, otra es la relacionada con el uso del preservativo. Por esta razón, les preguntamos a los TMS por la **frecuencia de uso del condón**, primero, en sus relaciones sexuales con los clientes y, más tarde, en sus relaciones personales. Como vemos en la tabla 18, el porcentaje medio de ocasiones que dijeron utilizar el condón con sus clientes al practicar sexo oral es de 76,82 (DT=27,6). El 52,5% de los participantes lo utilizaba entre el 90 y 100% de la ocasiones, siendo sólo el 31,4% de los TMS los que dijeron que lo usaban siempre. Pero un 2% dijo que no lo utilizaba nunca en sexo oral, un 10,2% lo utilizaba menos de la mitad de las veces y un 9,1% de los TMS lo usaba el 50% de la ocasiones.

El porcentaje de uso del condón es mayor cuando hacemos referencia prácticas con penetración, ya sea anal o vaginal. Así, la media de uso del preservativo entre aquellos que ofrecen sus servicios a mujeres es del 97,56% (DT=9,70) de las veces. Todos lo utilizan, al menos, la mitad de las ocasiones que penetran a sus clientas y el 91,2% se pone un condón siempre.

Tabla 18: Porcentaje de uso del preservativo

Sexo oral	$\bar{x}= 76,82$ D.T.= 27,6
0% de las veces	2%
10-40	10,2%
50	9,1%
55-70	15,2%
75-89	11%
90	12,1
95-99	9%
100	31,4%
Coito vaginal	$\bar{x}= 97,56$ D.T.= 9,70
50% de las veces	2,2%
60	2,2%
80	2,2%
98	2,2%
100	91,2%
Coito anal insertivo	$\bar{x}= 99,64$ D.T.= 2,26
80% de las veces	1%
90	1%
98	3%
100	95%
Coito anal receptivo	$\bar{x}= 99,67$ D.T.= 2,22
80% de las veces	1,2%
98	3,6%
98	1,2%
100	94%

En la tabla 18, vemos que algo superior es el uso del condón en sexo anal. La media de uso cuando es el trabajador sexual el que penetra al cliente es de 99,64% (DT=2,26) y de 99,67% (DT=2,22) cuando es a la inversa. Cuando el TMS inserta el pene, el 95% utiliza siempre protección, porcentaje que disminuye un punto (94%) cuando él es el penetrado. A pesar de que el porcentaje de TMS que no utiliza siempre el condón es bajo, si tenemos en cuenta el riesgo que corren al mantener una única práctica sexual de riesgo desprotegida este porcentaje resulta ser muy alto.

Este porcentaje de TMS que no se pone siempre un condón con sus clientes nos plantea dos cuestiones. Primero, quién propone el uso del condón durante la práctica sexual, si el cliente o el trabajador sexual. Como se aprecia en la tabla 19, en el 91,8% de los servicios es el TMS quien no espera a que lo haga el cliente y un 8,2% dijo que el

preservativo es algo que proponen las dos personas implicadas en la relación. Ninguno de ellos dijo que fuera el cliente quien lo hiciera. Como el uso del condón es tan habitual entre los trabajadores sexuales que ejercen en pisos organizados y tienen tan claro su uso en determinadas situaciones, es posible que no esperen a que el cliente proponga su uso sino que ellos llevan la iniciativa por precaución. Además, la negociación del servicio y del uso del preservativo se hace previamente entre cliente y encargado y estos últimos también están muy concienciados con la práctica de sexo seguro.

Tabla 19: Diferencias en uso del preservativo entre clientes fijos y esporádicos

¿Quién propone el uso del condón?	
TMS	91,8%
Cliente	0%
Los dos	8,2%
<hr/>	
Diferencias clientes fijos y esporádicos	10,6%
<hr/>	
Porcentaje de veces que usan preservativo con clientes fijos	$\bar{x}= 58,33$ D.T.= 23,63
40% de las ocasiones	33,3%
50	33,3%
85	33,3%
100	0%
<hr/>	
Porcentaje de veces que usan preservativo con clientes esporádicos	$\bar{x}= 100$ D.T.=0
100% de las ocasiones	100%
<hr/>	
Motivos no uso del condón con algún cliente	
Era sexo oral	42,4%
El cliente paga más	9,1%
Cliente atractivo	9,1%
Había consumido drogas	3%
Desconocimiento VIH	1%
Cliente conocido	1%

La otra cuestión es si los TMS se planteaban diferencias en la frecuencia de uso del condón según se tratara de clientes fijos o conocidos o esporádicos (ver tabla 19). El 10,6% de los TMS dijo hacer diferencias según los clientes. Estas diferencias no aparecen en la clientela mujeres con las que siempre que practicaban el sexo vaginal utilizaban protección, con independencia de si se trataba de conocidas o esporádicas. En cambio, con cliente hombre, mientras que en el caso de esporádicos siempre lo

utilizaban, el porcentaje medio de uso con clientes fijos disminuye hasta el 58,33% (DT=23,63). En este sentido, de aquellos trabajadores sexuales que hacían diferencias según el tipo de cliente, un 33,3% usa el preservativo el 40% de la veces con clientes conocidos, otro 33,3% la mitad de las ocasiones y otro 33,3% el 80% de las veces que contrata sus servicios un cliente fijo, pero nadie dijo utilizarlo en el 100% de las ocasiones.

Pero quisimos saber, si además de las diferencias entre clientes, **existían otras razones por las que los TMS entrevistados no utilizaban el preservativo** durante su actividad profesional (ver tabla 19). El motivo más comentado fue que se trataba de sexo oral, puesto que el 42,4% de los TMS que no utilizaba el condón siempre dio esta razón. Un 9,1% dijo que cuando no utilizaba el condón era porque el cliente le pagaba más dinero por el servicio, algo que ocurría en la intimidad de la habitación donde se producía la relación sexual y, siempre, sin que el encargado del piso que había negociado las condiciones del servicio fuera consciente de esta transacción. Además, un 9,1% de los trabajadores sexuales informó que las veces que no había utilizado protección fue porque el cliente le había resultado atractivo. Por último destacar que un 3% dijo que si no había usado condón era por haber consumido alguna droga y un 1% por desconocimiento del riesgo de infección para el VIH que suponía la práctica cuando la mantuvo con el cliente.

Hasta este momento hemos estado explorando las actitudes y comportamientos relacionados con el uso del preservativo durante la actividad profesional de los hombres que ejercen el trabajo sexual. En el marco teórico hemos visto que, en general, en la población TMS la frecuencia de uso del condón es menor con la pareja estable personal que durante los intercambios sexuales con los clientes. A continuación, vamos a analizar algunas **actitudes de este colectivo hacia el uso del preservativo en su vida personal** con sus parejas estables. Nuestros resultados van en este mismo sentido (ver tabla 20).

En el apartado de datos demográficos vimos que más de la mitad de la muestra dijo tener pareja estable en el momento de realizarse la entrevista. De entrada, los resultados nos muestran un menor uso del preservativo con la pareja estable que con los clientes. La media de uso del condón en sus relaciones de pareja estable es el 37% de las ocasiones (DT=41,6). El 46,3% de los TMS que tenían pareja no usaba nunca protección durante sus relaciones sexuales de pareja. Por el contrario, el 22% dijo que

no existían diferencias entre pareja y clientes y usaba siempre el preservativo cuando mantenía relaciones sexuales con independencia de con quién fuera. Un 12,2% dijo que lo usaba entre el 60% y el 70% de las veces y otro 12,2% entre el 40% y el 50% de las ocasiones que mantenía relaciones sexuales con su pareja.

Tabla 20: Uso del preservativo con la pareja

Porcentaje de uso del preservativo con la pareja actual	$\bar{x}= 37$ D.T.= 41,6
0% de las ocasiones	46,3%
2-10	4,9%
25	2,4%
40-50	12,2%
60-70	12,2%
100	22%
Porcentaje de uso del preservativo con la última pareja	
Nunca	39,3%
Algunas veces	26,8%
Bastantes veces	5,3%
Siempre	28,6%

Entre el 40% de los TMS entrevistados que informó no tener pareja estable (tabla 2), encontramos también un menor uso del preservativo con la última pareja que tuvieron. Así, el 39,3% dijo que no usaba “nunca” protección y el 26,8% se ponía preservativo “algunas veces”. Un 28,6% afirmó utilizar “siempre” el condón con su última pareja estable. Todos los TMS que nos dijeron que nunca utilizaban el preservativo con su pareja en su vida personal, nos aclararon que cuando iniciaron la relación utilizaban siempre el preservativo y cuando ya consideraban que la relación era estable, se hacían los dos las pruebas del VIH. El momento en el que dejaban de utilizar el preservativo entre ellos se produce cuando los resultados de ambos en el test es negativo, lo cual sería perfecto si se tiene en cuenta el periodo ventana y existe una fidelidad o monogamia de ambos miembros de la pareja (ver tabla 20).

Pero además de la frecuencia de uso del preservativo tanto en las relaciones sexuales profesionales como en las personales, para la prevención del VIH hay que tener en cuenta algunos aspectos que no dependen totalmente de la persona, como puede ser el caso de una **rotura de condón o la dificultad para conseguirlos**. Por eso incluimos en la entrevista algunas cuestiones sobre rotura y dificultades asociadas a los

preservativos y la disponibilidad de los mismos (es decir, las dificultades e inconvenientes percibidos, que sabemos que constituye una variable relevante en los modelos de Conductas de Salud). A un 32,3% de los TMS entrevistados se les había roto algún preservativo durante los últimos seis meses. La media de roturas que informaron fue de 2,06 condones (DT=1,5), es decir, muy baja teniendo en cuenta la frecuencia de sus relaciones y muy alta si pensamos en el riesgo asociado a la rotura.

Tabla 21: Problemas relacionados con el uso del preservativo

Rotura del preservativo en los últimos seis meses	32,3%
Cuántos	$\bar{x}=2,06$ D.T.= 1,5
1	48,4%
2	22,6%
3	12,9%
4	9,7%
5	3,2%
7	3,2%
Otros problemas con el preservativo	
Ninguno	66,7%
Aprietan	19,2%
Molestan	4%
Dificultad para conseguirlos	2%
Daño	1%

Pero también indagamos otros aspectos relacionados con los preservativos que pueden disminuir el uso de los mismos durante las relaciones sexuales. Cuando les preguntamos por posibles problemas que habían tenido con los preservativos, un 66,7% nos informó que no había tenido ningún tipo de problema. Del resto, como vemos en la tabla 21, a un 19,2% de los TMS les apretaban, a un 4% le “molestaban” los condones y un 2% tenía dificultad para conseguirlos. A pesar de todo, nos informaron que estas dificultades asociadas al uso del preservativo no les hacían inhibir su uso en las relaciones sexuales con los clientes.

Acabamos de decir que un 2% de los trabajadores sexuales informó haber tenido dificultad, en alguna ocasión, para conseguir los preservativos. Es importante tener en cuenta que el fácil acceso a ellos es una variable facilitadora de su uso. Este porcentaje es llamativo puesto que el estudio se ha centrado en TMS que ejercen en piso organizado por terceros, donde el acceso a los preservativos, por lo general, es bastante

sencillo ya que tanto las asociaciones que llevan a cabo programas de prevención en TMS como los propios pisos donde “hacen plaza” ponen a su disposición continuamente preservativos de manera totalmente gratuita.

En este sentido, como muestra la tabla 22, el 64,6% de los TMS indicó que los condones los conseguía en los pisos donde trabajaba y un 8,1% los obtenía de las asociaciones que hacen prevención de VIH. De hecho, la mayoría de preservativos de que disponen los pisos son suministrados a los encargados de los pisos por las propias ONGs de prevención de VIH, de manera que el gasto que les supone a los pisos la adquisición de material preventivo es muy bajo. A pesar de esto, hay un 5,1% que no se fía de la calidad de los preservativos que facilitan en los pisos o las ONGs y siempre los compra en farmacia. Este es especialmente evidente en aquellos que han tenido algún problema con los condones gratuitos como que les hagan daño (no suele facilitarse de forma gratuita condones de diferentes tallas, por ejemplo) o que se les haya roto en alguna ocasión. Además, un 9,1% de los TMS dijo que algunos los compraba en farmacia y otros los conseguía en los pisos y que los que compraba los utilizaba cuando no se fiaba de la marca de condones que se le facilitaba en los pisos.

Como estamos viendo el acceso al material preventivo es importante para llevar a cabo conductas de sexo seguro, por lo que sería fundamental que las personas que ejercen el trabajo sexual pudieran obtener de forma gratuita preservativos de calidad. En nuestros participantes, la media de preservativos que consiguen gratuitamente es del 92,2 (DT=22,89). En la tabla 22 observamos que el 83,5% de los TMS los consigue todos gratis y un 8,8% tiene acceso gratuito al 70-90% de los condones que utiliza. En el extremo contrario encontramos que un 3,3% consigue menos del 20% de los condones sin coste alguno, Aquí encontramos una contradicción puesto que los encargados de los pisos nos decían que en éstos siempre había condones a su disposición (versión corroborada desde diferentes ONGs de prevención), aunque alguno de los TMS, nos ha comentado que han pasado por pisos en los que tenían que pagar por los preservativos. Parece ser que algunos pisos, a pesar de obtener condones de forma gratuita por parte de asociaciones, cuando los ponen a disposición de los TMS les cobran haciendo los dueños del piso algo de negocio.

Tabla 22: Obtención de preservativos de forma gratuita

¿Dónde consigues los preservativos?	
Piso	64,6%
Farmacia	5,1%
Asociaciones	8,1%
Piso y farmacia	9,1%
Farmacia y asociación	7,1%
Piso, farmacia y asociación	4%
Sauna y farmacia	1%
Clientes	1%
Porcentaje de preservativos conseguidos de forma gratuita	$\bar{x}= 92,2$ D.T.= 22,89
0	3,3%
20-50	4,4%
70	1,1%
80	3,3%
90	4,4%
100	83,5%

Por otro lado, es necesario aclarar aquí la separación realizada en las categorías de respuesta de los lugares donde los TMS obtienen los preservativos para el ejercicio de su actividad. Se han separado las categorías “piso”, “farmacia”, “asociación”, “piso y farmacia”, “farmacia y asociación” dado que algunos TMS compraban a veces los condones en farmacias aunque en los pisos tuvieran acceso a ellos de forma gratuita o las ONGs le facilitarían sin ningún coste los condones que necesitaran. La razón que comentaban era que si habían tenido alguna rotura de un condón de alguna marca en concreto o de los facilitados en los pisos, preferían no volver a utilizar esa marca. Por este motivo, algunos TMS siempre compraban la marca con la que se sentían más seguros por si los que les proporcionaban en los pisos o en las asociaciones les producían desconfianza por la mala experiencia anterior que habían tenido.

Otro aspecto que creímos conveniente indagar fue hasta qué punto **creen los TMS que puede influirles el consumo de sustancias en la negociación del preservativo** con un cliente. Recordemos que el consumo de ciertas sustancias es algo bastante habitual en este colectivo (incluso con los propios clientes mientras dura el intercambio sexual) y que algunos de ellos nos han informado de que uno de los motivos por los que no ha utilizado el condón con algún cliente ha sido por haber

consumido drogas. La tabla 23 nos muestra los resultados encontrados sobre la percepción de la influencia de las drogas en el uso del preservativo. El 42,4% de la muestra piensa que el consumir alguna sustancia no influye en la negociación del uso del preservativo con un cliente y el 13% dijo que influye “poco”. En sentido contrario, un 26,1% cree que puede influir “bastante” y un 18,5% piensa que consumir drogas puede influir “mucho” en el uso del preservativo

Tabla 23: Percepción de la influencia del consumo de sustancias en la negociación del uso del preservativo

Nada	42,4%
Poco	13%
Bastante	26,1%
Mucho	18,5%

Un aspecto muy importante, añadido a los que ya hemos comentado durante todo este apartado, al hablar de prevención de VIH son las actitudes y temores asociados a la infección. En este sentido, pedimos a los TMS que nos indicaran, en una escala entre 0 y 100, el **riesgo que percibían de infección por VIH** durante su actividad profesional y también, en una escala de las mismas características, el temor que esta posibilidad les producía. Los resultados los podemos observar en la tabla 24. La media obtenida en cuanto a riesgo de infección es de 55,5 (DT=34,7). El uso habitual del preservativo puede haber hecho que esta percepción no fuera demasiado alta. De hecho, un 8,1% de los TMS no percibía nada de riesgo y un 19,2% de los TMS puntuó este riesgo con un 10 o menos sobre 100. Además, solo otro 22,1% sugirió una puntuación superior a 85.

Pero los resultados cambian cuando hablamos del **temor que les producía la posibilidad de infectarse por VIH**. Así, la media en la escala es de 78,9 (DT=32,7). En esta ocasión, más de la mitad de los trabajadores sexuales (58%) sentía un temor máximo ante esta posibilidad. Pero, por otro lado, el tan asimilado uso del preservativo con los clientes que los TMS decían tener, hace que un 7% no sienta temor alguno a infectarse y un 22% puntuó su temor con un 50 o menos.

Tabla 24: Percepción de riesgo y temor ante la infección por VIH

Señala de 0 a 100 el riesgo de infectarte por VIH en tu actividad profesional $\bar{x}= 55,5$ D.T.= 34,7

0	8,1%
1-10	11,1%
15-30	12,1%
40-50	14,1%
60-80	32,5%
85-96	7%
99	2%
100	13,1%

Señala de 0 a100 el temor que te produce la posibilidad de infectarte por VIH en tu actividad profesional $\bar{x}= 78,9$ D.T.= 32,7

0	7%
5-10	4%
30-50	11%
55-70	7%
80-90	12%
99	1%
100	58%

Más arriba comentamos que la atracción física hacia un cliente podía llevar a un TMS a no utilizar el preservativo durante la relación sexual comercial con él. Vemos que, en ocasiones, se han dejado llevar por el aspecto físico. Una de las preguntas que incluimos durante la entrevista, relacionada con esto, es si los clientes y los TMS se preguntaban por su estado de salud antes de mantener el contacto sexual. La mayoría de TMS nos dijo que ni ellos (80%) ni sus clientes (69%) preguntaban por el estado de salud del otro. Sólo el 31% de los TMS decía que lo hacía el cliente y el 20% que lo hacía él mismo. Los TMS que nos decían que no hacían este tipo de preguntas al cliente argumentaban que no sirve de nada puesto que todos podemos mentir ante una cuestión de estas características y, además, ellos iban a tomar las mismas precauciones con independencia de la salud del cliente (ver tabla 25).

Tabla 25: Preguntar por el estado de salud (%)

¿El cliente te pregunta por tu estado de salud?	31%
¿Preguntas al cliente por su estado de salud?	20%

Por último, dada la importancia que tiene un diagnóstico precoz en la evolución de la infección por VIH, indagamos algunos aspectos relacionados con la **realización de la prueba de detección de anticuerpos** en este colectivo de TMS. El 91,9% de ellos se la había hecho en alguna ocasión, pero un 8,1% no se la había realizado nunca. La frecuencia media de realización de este test es de 3,82 meses (DT=4,14). Como muestra la tabla 26, aunque un 37,2% de los que se la han realizado no suelen repetirla, un 21,5% de los que se la había hecho acuden a servicios sanitarios por este motivo cada tres meses y un 5,6% lo hace cada cuatro o cinco meses. Aún así encontramos que un 23,1% de los TMS lleva entre 10-12 meses sin realizársela y un 6,6% hace 18 meses o más que se la realizó por última vez. Llama la atención que un 39,6% de los TMS lleva más de seis meses sin hacerse el test de anticuerpo para el VIH. En cuanto a los resultados de las pruebas, solo un 1,1% de los TMS que se la han realizado en alguna ocasión informó de haber obtenido un resultado positivo (ver tabla 26).

Tabla 26: Pruebas VIH

¿Te has hecho la prueba del VIH?	91,9%
¿Con qué frecuencia sueles hacerte las pruebas?	\bar{x} = 3,82 meses D.T.= 4,14
No suele hacérsela	37,5%
1-3 meses	21,5%
4-5 meses	5,6%
6-8 meses	22,7%
12 meses	11,4%
18 meses	1,1%
¿Cuándo fue la última vez?	\bar{x} = 7,72 meses D.T.= 10,96
1-3 meses	38,5%
4-6 meses	22%
7-9 meses	9,9%
10-12 meses	23,1%
18 meses	3,3%
Más 18 meses	3,3%
¿Diste positivo?	1,1%
¿Tienes intención de realizártela próximamente?	93,8%
¿Sabes dónde realizarte la prueba del VIH?	58,8%

Al preguntarles por la intención futura de hacerse la prueba del VIH, un 93,8% dijo que se la iba a hacer próximamente, aunque solo el 58,8% de los TMS

entrevistados sabía dónde podía acudir dado el desconocimiento de los recursos sociales y sanitarios asociado a la continua movilidad espacial que conlleva su actividad profesional. Además, esta misma característica hace que en algunas ocasiones se realicen la extracción de sangre pero no recogen los resultados puesto que cuando han de hacerlo ya han cambiado de ciudad. Otra de las dificultades asociadas es el desconocimiento de centros sanitarios donde se puedan realizar la prueba de manera anónima, gratuita y confidencial, puesto que, recordemos, la gran mayoría de los TMS son inmigrantes sin papeles.

En definitiva, comprobamos que la información sobre vías de transmisión y prácticas sexuales de que disponen los TMS es, en general, buena, aunque no suficiente puesto que, en ocasiones, algunos de ellos, siguen manteniendo alguna práctica de riesgo. El uso del preservativo con los clientes es bastante alto, pero vemos una relajación cuando hablamos de sexo oral. También disminuye el uso del condón en sus relaciones con una pareja estable. Por otro lado, observamos que la prevalencia de infección por VIH es muy baja, aunque comprobamos que les falta constancia a la hora de realizarse las pruebas de detección de anticuerpos del VIH.

11.1.6. AUTOVALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN GENERAL Y PROFESIONAL

Antes de finalizar la entrevista, planteamos tres cuestiones relacionadas con el bienestar y la satisfacción general del colectivo de TMS que participó en el estudio. Por un lado, les pedimos que nos valoraran de 0 a 10 su grado de **satisfacción con su vida** en general. Como se muestra en la tabla 27, la media de respuesta ante esta cuestión es de 6,87 con una D.T. de 2,22. Un 3% valoró este aspecto con un cero y un 10% puntuó su vida por debajo de cinco. El 28,4% de los TMS dio una puntuación a su vida entre 5 y 6; un 13,1% la puntuó con un 7 y un 35,3% la valoró entre 8 y 9. Solamente el 13,1% de los TMS que participaron en el estudio valora su satisfacción vital con la puntuación máxima.

Por otro lado, les pedimos que también valoraran de 0 a 10 el grado de **satisfacción con su actividad profesional**. En este caso, la media es bastante más baja,

quedándose en un 4,96 (DT=3,03). Un 11,2% de los chicos lo valora entre 9 y 10. El 23,4% de los TMS valora su situación laboral con un 7-8 y el 27,5% de los participantes con un 5-6. Por debajo de cinco, encontramos un 37,8% de TMS de los que el 11,2% valora su satisfacción con su situación profesional con un cero.

Tabla 27: Bienestar y satisfacción general

Valora de 0 a 10 cómo de satisfecho te encuentras con tu vida	$\bar{x}= 6,87$ D.T.= 2,22
0	3%
2	1%
3	3,1%
4	3%
5	16,2%
6	12,2%
7	13,1%
8	31,3%
9	4%
10	13,1%
Valora de 0 a 10 cómo de satisfecho te encuentras con tu actividad profesional	$\bar{x}= 4,96$ D.T.= 3,03
0	11,2%
1	5,1%
2	8,2%
3	10,2%
4	3,1%
5	21,4%
6	6,1%
7	11,2%
8	12,2%
9	1%
10	10,2%
Si pudiera, dejaría esta actividad	94,9%

Por último, les preguntamos que si tuvieran la **posibilidad de dejar esta profesión**, si lo harían o no. En general son contundentes en su respuesta y no son de extrañar los resultados obtenidos ante esta cuestión si tenemos en cuenta la valoración que hicieron de su vida profesional. Como se observa en la tabla 27, un 94,9% de los trabajadores sexuales dijo que sí sin ningún tipo de duda, pero un 5,1% de los TMS

entrevistados dijo que no, que quieren seguir ejerciendo esta profesión, aunque algunos mantienen que solo como algo temporal.

Como conclusión, más de la mitad de los TMS valoran su satisfacción con la vida casi con un notable, pero esta satisfacción no es tan alta (no llega al aprobado) cuando les preguntamos por su satisfacción con su vida profesional. De hecho, la gran mayoría de los TMS abandonarían esta profesión en cuanto tuviera una oportunidad, aunque unos pocos de ellos la disfrutan, les gusta el trabajo que hacen y, de momento, no cambiarían su actividad profesional.

11.2. ANÁLISIS DIFERENCIALES SEGÚN ASPECTOS PERSONALES Y PROFESIONALES

A lo largo del marco teórico hemos comprobado cómo la investigación sobre hombres que ejercen el trabajo sexual es escasa y meramente descriptiva. La importancia de algunos factores, como el país de origen o la orientación sexual, que algunos estudios proponen que hay que tener en cuenta a la hora de establecer estrategias de intervención y de prevención socio-sanitaria con este colectivo, no está demostrada a nivel empírico. Con el objetivo de poder contribuir a disminuir esta laguna en nuestro conocimiento, hemos analizado las posibles diferencias que pudieran encontrarse entre los TMS en función de aquellas variables incluidas en la entrevista semiestructurada que consideramos más importantes: nivel de estudios, orientación sexual, país de origen y tiempo de ejercicio, religión, abuso sexual y edad de inicio en las relaciones sexuales. El instrumento utilizado ha incluido ítems de distinta naturaleza y con diferentes opciones de respuesta. Por este motivo, según las variables analizadas se han realizado los análisis estadísticos pertinentes ya comentados en el capítulo dedicado al método.

A la hora de seleccionar las variables dependientes se ha seguido un doble criterio. Por un lado, aquellas que nos pueden ayudar a un mayor conocimiento del perfil psicosocial del trabajador sexual. Aquí se incluyen variables como la autopercepción como trabajador sexual, las motivaciones para dedicarse al trabajo sexual, satisfacción profesional y personal y si abandonarían su actividad. Por otro lado, creímos fundamental estudiar también aquellas variables que nos pueden dar una mayor información sobre prácticas sexuales de riesgo para el VIH para poder establecer estrategias futuras de prevención e intervención de mayor eficacia. Así, analizamos la frecuencia de las prácticas sexuales de riesgo, la demanda que hacen las personas usuarias de ciertas prácticas de riesgo, servicios que los TMS se niegan a realizar, uso del preservativo en lo profesional y en lo personal, información sobre las vías de transmisión, realización de la prueba de anticuerpos para el VIH y el riesgo y temor percibido de infección por VIH durante la actividad profesional de los TMS. También nos ha parecido importante incluir otras variables como el consumo de sustancias o haber padecido alguna ITS, por el aumento de riesgo de infección por VIH.

A continuación pasamos a presentar los resultados obtenidos mediante los diferentes análisis estadísticos ya comentados. Dichos resultados se exponen en cuatro partes para facilitar la organización de los datos obtenidos. En primer lugar, analizamos la influencia de los factores sociodemográficos: estudios, país de origen y religión. Después, presentamos los resultados de la posible influencia de algunos aspectos de la historia sexual de los TMS, como su orientación sexual, el haber sufrido abuso sexual en la infancia, y la edad de la primera masturbación y de la primera relación sexual con otra persona. En el tercer apartado se exploran variables relacionadas con la realidad del trabajo sexual. Así, incluimos el tiempo de ejercicio en esta actividad, porcentaje de uso del preservativo con las personas usuarias y en sus relaciones personales, temores y riesgos percibidos en su actividad profesional, consumo de sustancias, información sobre el VIH y satisfacción vital y profesional, entre otras. Por último, analizamos la posible relación entre la Compulsividad Sexual (CS) y la Búsqueda de Sensaciones Sexuales (BSS) con diversas variables de la actividad de los TMS.

11.2.1 DIFERENCIAS SEGÚN FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE LOS TRABAJADORES MASCULINOS DEL SEXO

Ya hemos visto que diferentes estudios (SPNS, 2005; Zaro et al., 2007) han propuesto la importancia de variables como la orientación sexual y la cultura del país de origen como moduladoras del ejercicio del trabajo sexual. Pero estas mismas investigaciones obvian otras variables que quizás puedan también estar influyendo. En este sentido, comenzamos los análisis diferenciales con el nivel de estudios de los TMS, continuando después con otras variables demográficas.

Para facilitar la comprensión de los resultados diferenciales realizados, presentaremos a lo largo de todos los apartados del presente epígrafe los análisis de Chi^2 para las variables categoriales, en primer lugar, y después los datos de los ANOVA para las restantes variables.

11.2.1.1 EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS

En general, los análisis de Chi^2 no muestran diferencias significativas en las variables analizadas según el nivel de estudios de los TMS. Así, como muestra la tabla 28, no hay diferencias significativas entre los TMS con distintos niveles de estudios en

las variables haber sufrido abuso sexual ($\text{Chi}^2=6,72$; $p=0,347$), considerarse a sí mismo “trabajador sexual” ($\text{Chi}^2=2,64$; $p=0,853$), dedicarse a esta actividad en su país de origen ($\text{Chi}^2=0,57$; $p=0,903$) y en la motivación para dedicarse al trabajo sexual ($\text{Chi}^2=4,44$; $p=0,974$).

Tabla 28: Análisis diferencial en función de los estudios (Chi^2)

	Ninguno (%)	Básicos (%)	Secundaria (%)	Universitarios (%)	$\text{Chi}^2_{(gl)}$	p
Aspectos generales						
Ha sufrido abusos sexuales	0	40	21	16,7	6,72 ₍₆₎	0,347
Se considera “trabajador sexual”	50	90	70	72,2	2,64 ₍₆₎	0,853
Ya ejercía en su país	0	22,2	18	16,7	0,57 ₍₃₎	0,903
Motivación económica (dinero)	100	90	82,3	88,9	4,44 ₍₁₂₎	0,974
Temores percibidos						
Teme a infecciones	100	80	72,1	66,7	1,35 ₍₃₎	0,717
No percibe riesgos	0	0	14,8	16,7	2,14 ₍₃₎	0,543
Se niegan a:						
Realizar prácticas sin condón	50	30	56,9	58,8	2,69 ₍₃₎	0,442
Cliente eyacula en boca TMS	0	20	1,7	5,9	6,66 ₍₃₎	0,084
Adoptar rol pasivo	50	10	5,2	17,6	6,57 ₍₃₎	0,087
VIH y conductas de salud						
Se ha realizado prueba VIH	100	90	93,4	94,4	0,36 ₍₃₎	0,948
Ha padecido alguna ITS	0	10	38,7	27,8	4,53 ₍₃₎	0,209
Consume sustancias						
Dejaría trabajo sexual	100	100	94,4	95,7	1,87 ₍₃₎	0,599
					0,64 ₍₃₎	0,886

Tampoco encontramos diferencias significativas a nivel estadístico en los temores que los hombres que ejercen el trabajo sexual perciben en el ejercicio de su actividad, ya sea en el temor a infecciones ($\text{Chi}^2=1,35$; $p=0,717$) o en no percibir ningún riesgo ($\text{Chi}^2=2,14$; $p=0,543$), ni en aquellas conductas que se niegan a realizar con los clientes como mantener relaciones sin protección ($\text{Chi}^2=2,69$; $p=0,442$), que el cliente eyacule en la boca del TMS ($\text{Chi}^2=6,66$; $p=0,084$) o adoptar un rol pasivo ($\text{Chi}^2=6,57$; $p=0,087$). Del mismo, en las restantes variables estudiadas según el nivel de estudios no encontramos diferencias significativas: haberse realizado la prueba del VIH ($\text{Chi}^2=0,36$; $p=0,948$), haber padecido alguna ITS a lo largo de su vida ($\text{Chi}^2=4,53$; $p=0,209$), consumir algún tipo de sustancias ($\text{Chi}^2=1,87$; $p=0,599$) o el deseo de abandonar la actividad del trabajo sexual ($\text{Chi}^2=0,64$; $p=0,886$).

A pesar de la ausencia de diferencias estadísticas, cabe mencionar algunos aspectos sobre estas variables que nos muestra la tabla 28. En cuanto a los riesgos percibidos en el ejercicio de su actividad, observamos una tendencia en “temor a infecciones” de manera que conforme aumenta el nivel de estudios, disminuye el temor a infectarse por alguna enfermedad durante el ejercicio del trabajo sexual. Así, el 100% de los TMS sin estudios indica una infección como principal riesgo, frente al 80% de aquellos que tienen estudios básicos, el 72,1% de de los de secundaria y el 66,7% de los universitarios. La tendencia contraria la encontramos entre los que no perciben ningún riesgo. Así, todos los TMS sin estudios o con nivel elemental dijeron percibir algún riesgo, mientras que el 14,8% de los que tienen estudios de secundaria y el 16,7% de los universitarios dijo no percibir riesgos durante el ejercicio de su actividad.

Por otro lado, cabe resaltar también que en los servicios que los TMS se niegan a realizar, el mayor porcentaje de trabajadores sexuales que nunca adoptan un rol pasivo con los clientes lo encontramos entre los que no tienen estudios (50%), porcentaje éste muy superior al del resto de subgrupos analizados. Pero es destacable también que este mismo grupo es el que nunca ha padecido ninguna ITS (de hecho, los mayores porcentajes los encontramos entre los grupos de secundaria, el 38,7%, y universitarios, un 27,8%) y que todos los que no tienen estudios consumen algún tipo de sustancia. Recordemos aquí que aunque estos resultados nos pueden facilitar información importante, no hemos hallado diferencias significativas a nivel estadístico en estas variables (ver tabla 28).

Por lo que respecta a los análisis ANOVA realizados, tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas según nivel de estudios de los TMS en ninguna de las variables estudiadas (ver tabla 29): frecuencia de sexo vaginal ($F=0,19$; $p=0,902$), felación al cliente ($F=1,64$; $p=0,185$), felación del cliente al TMS ($F=0,54$; $p=0,653$), sexo oral con clientas mujeres ($F=0,63$; $p=0,601$), sexo anal insertivo ($F=0,36$; $p=0,778$) o receptivo ($F=2,29$; $p=0,084$), porcentaje de uso del preservativo con las personas usuarias en sexo oral ($F=0,75$; $p=0,520$), en penetración vaginal ($F=0,40$; $p=0,754$) o anal insertiva ($F=0,29$; $p=0,832$) y receptiva ($F=0,16$; $p=0,845$), uso del condón con la pareja actual ($F=1,44$; $p=0,249$) o en la última relación ($F=0,62$; $p=0,541$), información sobre el VIH ($F=0,37$; $p=0,772$), riesgo ($F=1,86$; $p=0,142$) y temor percibido ($F=0,78$; $p=0,507$) de infección por VIH en el ejercicio del trabajo

sexual, el grado de cuidado de salud ($F=0,92$; $p=0,432$) y con la satisfacción con la vida en general ($F=1,88$; $p=0,139$) o con su situación profesional ($F=0,59$; $p=0,620$).

Aunque no hallamos diferencias significativas, encontramos cierta tendencia en algunas variables, como nos muestra la tabla 29. La frecuencia de realización de algunas prácticas sexuales con los clientes es mayor conforme aumenta el nivel de estudios de los TMS. Así, en una escala tipo Likert con opciones de respuesta de 0 a 3, los que menos realizaban la felación del cliente al TMS son los del grupo sin estudios ($\bar{x}=2$; $DT=0,00$) seguidos de los que tenían estudios básicos ($\bar{x}=2,40$; $DT=0,70$). Los que más realizan esta práctica son los del grupo de secundaria ($\bar{x}=2,56$; $DT=0,69$) y los universitarios ($\bar{x}=2,56$; $DT=0,70$). La misma tendencia la observamos en la frecuencia de sexo anal insertivo (el TMS penetra al cliente) de manera que conforme disminuye el nivel de estudios menos realizaban esta práctica (ver tabla 29).

Tabla 29: Análisis diferencial en función de los estudios (ANOVA)

	\bar{x} (DT) ninguno	\bar{x} (DT) básicos	\bar{x} (DT) secundaria	\bar{x} (DT) universit.	$F_{(gl)}$	p
Frecuencia prác. sex. con clientes						
Sexo vaginal	1,50 _(0,71)	1,50 _(1,22)	1,60 _(1,12)	1,30 _(1,06)	0,19 _(3,49)	0,902
Felación al cliente	1 _(0,00)	1,90 _(1,10)	2,26 _(0,90)	2,33 _(0,97)	1,64 _(3,88)	0,185
Felación al TMS	2 _(0,00)	2,40 _(0,70)	2,56 _(0,69)	2,56 _(0,70)	0,54 _(3,87)	0,653
Cunnilingus	1,50 _(0,71)	1,80 _(1,30)	1,03 _(1,29)	1,30 _(1,25)	0,63 _(3,48)	0,601
Sexo anal insertivo	2 _(0,00)	2,10 _(0,87)	2,32 _(0,76)	2,33 _(0,68)	0,36 _(3,88)	0,778
Sexo anal receptivo	0 _(0,00)	1,80 _(1,23)	1,52 _(0,95)	1,67 _(1,15)	2,29 _(3,88)	0,084
Porct. Uso condón con clientes						
Sexo oral	75 _(35,35)	87 _(28,69)	73,37 _(28,55)	79,39 _(27,30)	0,75 _(3,87)	0,520
Penetración vaginal	100 _(0,00)	100 _(0,00)	96,59 _(12,07)	100 _(0,00)	0,40 _(3,39)	0,754
Sexo Anal al cliente	100 _(0,00)	100 _(0,00)	99,44 _(2,66)	99,89 _(0,58)	0,29 _(3,87)	0,832
Sexo Anal al TMS	-	100 _(0,00)	99,56 _(2,66)	99,83 _(0,58)	0,16 _(2,74)	0,845
Uso preserv. pareja						
Pareja actual	50 _(70,71)	50 _(50,00)	21,60 _(38,51)	50,71 _(31,94)	1,44 _(3,32)	0,249
Última pareja	-	2 _(1,73)	1,24 _(1,28)	1,09 _(1,04)	0,62 _(2,49)	0,541
VIH						
Información VIH	9 _(2,82)	8 _(1,70)	8,46 _(2,15)	8,83 _(2,20)	0,37 _(3,88)	0,772
Riesgo percibido	35 _(49,50)	42,6 _(38,54)	61,23 _(32,95)	45,05 _(34,05)	1,86 _(3,87)	0,142
Temor percibido	90 _(14,14)	88 _(22,99)	78,05 _(34,16)	69,17 _(37,97)	0,78 _(3,88)	0,507
Cuidado de salud						
	9,5 _(0,71)	8,3 _(2,06)	7,88 _(1,59)	7,65 _(1,80)	0,92 _(3,86)	0,432
Grado de satisfacción						
Con la vida	10 _(0,00)	5,90 _(3,57)	6,88 _(2,13)	6,83 _(1,85)	1,88 _(3,88)	0,139
Con situación profesional	5 _(7,07)	5 _(3,55)	4,72 _(2,92)	5,83 _(3,09)	0,59 _(3,87)	0,620

En la tabla 29 observamos que en la variable de valoración del temor percibido ante una posible infección por el VIH (escala de 0 a 100) la tendencia es la contraria. La puntuación más alta la encontramos en los que no tienen estudios ($\bar{x}=90$; DT=14,14) y disminuye conforme aumenta el nivel de estudios. Así, la media entre los que tienen estudios básicos es de 88 (DT=22,99), la del grupo de secundaria es de 78,05 (DT=34,16) y la de los universitarios es de 69,17 (DT=37,97). En el caso de la valoración de sus cuidados de salud (escala de 0 a 10) también vemos cómo según aumenta el nivel de estudios de los TMS, disminuye el grado de cuidados de salud.

Por último, es necesario resaltar que ante la satisfacción general con la vida (escala de respuesta entre 0 y 10), son los TMS del grupo que no tiene estudios los que valoran con la puntuación máxima su situación ($\bar{x}=10$; DT=0,00), mientras que el resto de subgrupos presentan medias bastante menores, como podemos ver en la tabla 29.

En definitiva, aunque los resultados estadísticos mediante ANOVA y Chi^2 no nos indican la existencia de diferencias significativas a nivel estadístico en las variables estudiadas entre los TMS con diferentes niveles de estudios, hemos observado en algunas de estas variables tendencias que nos pueden ser de utilidad a la hora de establecer intervenciones sociales y sanitarias con este colectivo social.

11.2.1.2. EN FUNCIÓN DEL PAÍS DE ORIGEN

Nuestros participantes provenían de 19 países diferentes, por lo que el bajo número de TMS de cada país no nos permitía realizar ciertos análisis diferenciales. Por este motivo, hemos agrupado a los TMS en tres grupos: españoles, TMS procedentes de otros países de Europa y latinoamericanos.

Como muestra la tabla 30, los análisis de Chi^2 muestran diferencias estadísticamente significativas según el país de origen de los TMS en algunas variables estudiadas como la motivación económica para ejercer el trabajo sexual ($\text{Chi}^2=40,68$; $p=0,000$), donde el 91,7% de los europeos y el 83,1% de los latinoamericanos argumentaron la necesidad económica para ejercer esta actividad, frente el 60% de los TMS españoles. También aparecen diferencias significativas a nivel estadístico en negarse a realizar prácticas sexuales de riesgo sin preservativo con las personas usuarias ($\text{Chi}^2=7,02$; $p=0,030$), siendo en este caso los latinoamericanos los que más informaron

no mantener prácticas sexuales desprotegidas (59,5%) y los TMS de otros países europeos los que más las mantenían (18,2%). Del mismo modo, encontramos significación estadística en no permitir que el cliente eyacule en la boca del TMS ($\text{Chi}^2=10,59$; $p=0,005$). En este caso, el 3,8% de los latinoamericanos y el 9,1% de los europeos dijeron que no permitían esta práctica, mientras que el 40% de los españoles no la realizan. La última diferencia significativa encontrada en los análisis de Chi^2 la hallamos en haberse realizado la prueba de detección de anticuerpos para el VIH ($\text{Chi}^2=6,71$; $p=0,035$). Los que más se la han hecho son los latinoamericanos (95%), seguidos de los españoles (80%). Los que menos dijeron haberse realizado el test de anticuerpos fueron los TMS procedentes de otros países de Europa (75%).

Tabla 30: Análisis diferencial en función del país de origen (Chi^2)

	España (%)	Latinoame. (%)	Europa (%)	$\text{Chi}^2_{(gl)}$	p
Aspectos generales					
Ha sufrido abusos sexuales	40	21,7	25	1,28 ₍₄₎	0,865
Se considera “trabajador sexual”	100	70,4	81,8	2,64 ₍₆₎	0,620
Ya ejercía en su país	-	15,7	25	0,65 ₍₁₎	0,419
Motivación económica (dinero)	60	83,1	91,7	40,68₍₁₂₎	0,000
Temores percibidos					
Teme a infecciones	100	70,7	83,3	2,73 ₍₂₎	0,255
No percibe riesgos	0	13,4	16,7	0,89 ₍₂₎	0,640
Servicios más demandados					
Penetración hombres	40	52,4	66,7	1,24 ₍₂₎	0,538
Sexo oral hombres	40	57,3	41,7	1,48 ₍₂₎	0,476
Masturbación hombres	0	2,4	8,3	1,40 ₍₂₎	0,496
Penetración mujeres	50	78,6	81,8	1,01 ₍₂₎	0,602
Sexo oral mujeres	100	35,7	45,5	3,28 ₍₂₎	0,194
Masturbación mujeres	0	0	0	-	-
Se niegan a					
Realizar prácticas sin condón	40	59,5	18,2	7,02₍₂₎	0,030
Cliente eyacula en boca TMS	40	3,8	9,1	10,59₍₂₎	0,005
Adoptar rol pasivo	20	7,6	27,3	4,47 ₍₂₎	0,107
VIH y conductas de salud					
Se ha realizado prueba VIH	80	95,1	75	6,71₍₂₎	0,035
Ha padecido alguna ITS	60	34,9	8,3	5,09 ₍₂₎	0,078
Consume sustancias	25	58,5	58,3	1,76 ₍₂₎	0,415
Dejaría trabajo sexual	75	95,2	100	3,97 ₍₂₎	0,138

Por el contrario, no aparecen diferencias significativas a nivel estadístico en los análisis de Chi^2 en el resto de variables estudiadas: consideración a sí mismo con “trabajador sexual” ($\text{Chi}^2=2,64$; $p=0,620$), ejercicio del trabajo sexual en el país de origen (en este caso las diferencias se han estudiado únicamente entre latinoamericanos

y los TMS de otros países europeos) ($\text{Chi}^2=0,65$; $p=0,419$), en el temor a una infección durante el ejercicio de su actividad profesional ($\text{Chi}^2=2,73$; $p=0,255$) o en no percibir ningún riesgo durante la misma ($\text{Chi}^2=0,89$; $p=0,640$), en la demanda por parte de los clientes hombres de penetración ($\text{Chi}^2=1,24$; $p=0,538$), felación ($\text{Chi}^2=1,48$; $p=0,476$) o masturbación ($\text{Chi}^2=1,40$; $p=0,496$), en la demanda por parte de clientas mujeres de sexo vaginal ($\text{Chi}^2=1,01$; $p=0,602$) o sexo oral ($\text{Chi}^2=3,28$; $p=0,194$), en negarse a adoptar un rol pasivo en el intercambio sexual con el cliente ($\text{Chi}^2=4,47$; $p=0,107$), en el consumo de sustancias ($\text{Chi}^2=1,76$; $p=0,415$) o en si el TMS abandonaría esta actividad si tuviera la oportunidad ($\text{Chi}^2=3,97$; $p=0,138$).

Por otro lado, aunque las diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas en haber padecido alguna ITS ($\text{Chi}^2=5,09$; $p=0,078$) es llamativo que los que más dijeron haber padecido alguna sean los españoles (60%) mientras que en el caso de los europeos este porcentaje es solo el 8,3%. Del mismo modo, ya hemos visto que no existen diferencias significativas en el temor a una infección o en no percibir riesgos durante el ejercicio del trabajo sexual, pero destaca que el 100% de los TMS españoles percibe como riesgo la posibilidad de una infección. Además, cabe destacar que los que menos informaron de consumir alguna sustancia de manera habitual fueron los españoles (25%), mientras que más del doble de latinoamericanos y de TMS del resto de Europa dijeron consumir drogas. Por último, cabe mencionar que todos los TMS europeos no españoles abandonarían el ejercicio del trabajo sexual de manera inmediata si pudieran, mientras que este porcentaje disminuye hasta el 75% en el caso de los españoles.

En cuanto a los análisis de ANOVA realizados según el país de origen, tal como observamos en la tabla 31, encontramos diferencias significativas a nivel estadístico en la frecuencia de felaciones del TMS al cliente ($F=8,25$; $p=0,000$). En una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 3, la media de frecuencia de los europeos es menor ($\bar{x}=1,25$; $DT=1,21$) que en los TMS de Latinoamérica ($\bar{x}=2,29$; $DT=0,86$) y que de los españoles ($\bar{x}=2,80$; $DT=0,45$). En lo referente a la satisfacción con la vida en general, también encontramos diferencias significativas a nivel estadístico ($F=3,41$; $p=0,037$). Aquí la valoración de su satisfacción la realizaban en una escala de 0 a 10, siendo la media mayor en los latinoamericanos ($\bar{x}=7,08$; $DT=1,98$) y en los europeos no españoles ($\bar{x}=6,17$; $DT=3,07$) que en los TMS de nuestro país ($\bar{x}=4,50$; $DT=3,11$).

Por otro lado, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas según la procedencia de los TMS participantes en la frecuencia de sexo vaginal ($F=0,66$; $p=0,519$), felación insertiva ($F=1,24$; $p=0,294$), sexo oral con las clientas mujeres ($F=0,45$; $p=0,294$), penetración anal insertiva ($F=1,86$; $p=0,162$) o receptiva ($F=1,98$; $p=0,144$), porcentaje de uso de preservativo en sexo oral ($F=0,99$; $p=0,375$) o sexo anal con rol activo ($F=0,17$; $p=0,840$) o pasivo ($F=0,09$; $p=0,915$), información sobre las vías sexuales de transmisión del VIH ($F=0,99$; $p=0,374$), riesgo percibido de infección por VIH en las relaciones sexuales con las personas usuarias ($F=0,63$; $p=0,535$), cuidados de salud ($F=0,53$; $p=0,591$) o el grado de satisfacción con su actividad profesional ($F=0,22$; $p=0,799$).

Tabla 31: Análisis diferencial en función del país de origen (ANOVA)

	\bar{x} (DT) España	\bar{x} (DT) Latinoam.	\bar{x} (DT) Europa	$F_{(g)}$	p
Frecuencia prác. sex. con clientes					
Sexo vaginal	2 _(1,41)	1,41 _(1,08)	1,75 _(1,14)	0,66 _(2,55)	0,519
Felación al cliente	2,80 _(0,45)	2,29 _(0,86)	1,25 _(1,21)	8,25 _(2,97)	0,000
Felación al TMS	2,40 _(0,89)	2,57 _(0,68)	2,25 _(0,62)	1,24 _(2,96)	0,294
Cunnilingus	0,50 _(0,71)	1,07 _(1,22)	1,33 _(1,37)	0,45 _(2,54)	0,294
Sexo anal insertivo	2 _(0,71)	2,37 _(0,73)	2 _(0,74)	1,86 _(2,97)	0,162
Sexo anal receptivo	1,80 _(1,30)	1,49 _(0,99)	0,92 _(1,16)	1,98 _(2,97)	0,144
Porct. Uso condón con clientes					
Sexo oral	83 _(9,75)	75,06 _(28,81)	86,25 _(22,47)	0,99 _(2,96)	0,375
Penetración vaginal	90 _(14,14)	98,47 _(8,57)	96 _(12,65)	0,88 _(2,43)	0,421
Sexo Anal al cliente	99,6 _(0,89)	99,58 _(2,47)	100 ₍₀₎	0,17 _(2,96)	0,840
Sexo Anal al TMS	99,5 _(1,00)	99,65 _(2,37)	100 ₍₀₎	0,09 _(2,80)	0,915
Uso preserv. pareja					
Pareja actual	70 _(42,43)	37,32 _(42,17)	27,5 _(40,27)	0,83 _(2,38)	0,444
Última pareja	2 _(1,73)	1,26 _(1,24)	0,25 _(0,5)	1,87 _(2,53)	0,163
VIH					
Información VIH	9 _(2,0)	8,53 _(2,06)	7,67 _(2,93)	0,99 _(2,97)	0,374
Riesgo percibido	64 _(35,07)	56,35 _(34,15)	45,92 _(39,08)	0,63 _(2,96)	0,535
Temor percibido	92 _(13,04)	78,12 _(33,56)	79,17 _(33,15)	0,42 _(2,97)	0,659
Cuidado de salud					
	7,25 _(3,77)	8,02 _(1,39)	7,73 _(2,37)	0,53 _(2,94)	0,591
Grado de satisfacción					
Con la vida	4,5 _(3,11)	7,08 _(1,98)	6,17 _(3,07)	3,41 _(2,96)	0,037
Con situación profesional	4 _(4,25)	4,97 _(3,03)	5,17 _(2,85)	0,22 _(2,95)	0,799

Aunque en las restantes variables estudiadas no aparecen diferencias significativas a nivel estadístico, es interesante comentar algunos aspectos de los resultados encontrados (ver tabla 31). En primer lugar, la media del porcentaje de uso del preservativo con las clientas en penetración vaginal ($F=0,88$; $p=0,421$) es mayor en TMS de América Latina ($\bar{x}=98,47$ DT=8,57) y Europa ($\bar{x}=96$; DT=12,65) que en españoles ($\bar{x}=90$; DT=14,14). En segundo lugar, la media del porcentaje de uso del preservativo con su pareja estable personal ($F=0,83$; $p=0,444$) es mucho mayor en los TMS españoles ($\bar{x}=70$; DT=42,43) que entre los latinoamericanos ($\bar{x}=37,32$; DT=42,17) y los europeos ($\bar{x}=27,50$; DT=40,27). En cuanto a los TMS que no tenían pareja en el momento de la entrevista, observamos la misma tendencia en el uso del condón con su última pareja ($F=1,87$; $p=0,163$). En una escala de respuesta de 0 (nunca) a 4 (siempre), de nuevo los que más utilizaban el preservativo eran los españoles ($\bar{x}=2$; DT=1,73) y los que menos los TMS del resto de Europa ($\bar{x}=0,25$; DT=0,5).

Por último, resaltar que aún sin diferencias significativas a nivel estadístico ($F=0,42$; $p=0,659$), en cuanto al temor percibido por los TMS sobre la posibilidad de infectarse por el VIH durante el ejercicio del trabajo sexual (escala de 0 a 100), la media de los españoles ($\bar{x}=92$; DT=13,04) es superior a la de los otros dos grupos de TMS (ver tabla 31).

En resumen, las principales diferencias según la procedencia de los TMS participantes las encontramos en el ejercicio del trabajo sexual por motivaciones económicas, en aquellas prácticas sexuales que se niegan a realizar con los clientes, en la frecuencia de realización de felaciones al cliente, en la realización de la prueba de detección de anticuerpos para el VIH y en el grado de satisfacción que sienten los TMS con su vida en general.

11.2.1.3 EN FUNCIÓN DE LAS CREENCIAS RELIGIOSAS

Ya hemos visto en el marco teórico de esta tesis doctoral cómo las creencias religiosas y la moral asociada a ellas de los hombres que ejercen el trabajo sexual pueden tener un papel importante en la manera en que viven el ejercicio del trabajo sexual y en las actitudes hacia algunos aspectos relacionados con la vivencia personal de la sexualidad y otros hábitos de salud, como la adopción de ciertos roles sexuales que

pueden suponer un mayor riesgo de infección por VIH (SPNS, 2005). En este estudio, hemos agrupado las creencias religiosas en tres grupos: católicos, creyentes en otras religiones y ateos o agnósticos.

Los análisis de Chi² nos muestran diferencias estadísticamente significativas únicamente en la negativa de los TMS a la hora de adoptar un rol pasivo en las relaciones sexuales con los clientes (Chi²=6,24; p=0,044). Así, los más reacios a asumir este rol pasivo son los TMS creyentes en otras religiones (29,4%). Por su parte, el 7,7% de los católicos y el 6,7% de los ateos indicaron que nunca adoptan un rol pasivo con los clientes (ver tabla 32).

Tabla 32: Análisis diferencial en función de las creencias religiosas (Chi²)

	Católicos (%)	Otras (%)	Ateos (%)	Chi ² _(gl)	p
Aspectos generales					
Ha sufrido abusos sexuales	19,6	23,5	31,3	2,39 ₍₄₎	0,664
Se considera “trabajador sexual”	71,4	80	81,3	1,24 ₍₄₎	0,871
Ya ejercía en su país	12,7	18,8	33,3	3,50 ₍₂₎	0,174
Motivación económica (dinero)	85,7	82,4	75	7,52 ₍₁₀₎	0,676
Temores percibidos					
Teme a infecciones	75	81,3	75	0,28 ₍₂₎	0,869
No percibe riesgos	14,3	6,3	6,3	1,30 ₍₂₎	0,521
Se niegan a					
Realizar prácticas sin condón	55,8	58,8	53,3	0,10 ₍₂₎	0,952
Cliente eyacula en boca TMS	5,8	11,8	0	1,98 ₍₂₎	0,372
Adoptar rol pasivo	7,7	29,4	6,7	6,24₍₂₎	0,044
VIH y conductas de salud					
Se ha realizado prueba VIH	96,4	88,2	93,8	1,61 ₍₂₎	0,446
Ha padecido alguna ITS	26,8	23,5	50	3,63 ₍₂₎	0,163
Consume sustancias	56,4	76,5	50	2,84 ₍₂₎	0,242
Dejaría trabajo sexual	98,2	88,2	87,5	4,19 ₍₂₎	0,123

Como observamos en la tabla 32, no encontramos diferencias significativas a nivel estadístico en autodenominarse trabajador sexual (Chi²=1,24; p=0,871), haber ejercido esta actividad en su país de origen (Chi²=3,50; p=0,174), ejercer por una motivación económica (Chi²=7,52; p=0,676), no percibir riesgos en el ejercicio del trabajo sexual (Chi²=1,30; p=0,521), percibir una infección como riesgo en su actividad profesional (Chi²=0,28; p=0,869), negarse a mantener relaciones sexuales sin protección (Chi²=0,10; p=0,952) o negarse a que el cliente eyacule en su boca (Chi²=1,98; p=0,372). Cabe destacar que aunque las diferencias no sean significativas, en esta

última variable, ninguno de los TMS que se consideraban ateos dijo negarse a esta práctica. Tampoco son significativas las diferencias encontradas por medio de los análisis de Chi² en haberse realizado la prueba del VIH (Chi²=1,61; p=0,446), haber padecido alguna ITS (Chi²=3,63; p=0,163), consumo de sustancias (Chi²=2,84; p=0,242) y en abandonar el trabajo sexual si tuvieran oportunidad (Chi²=4,19; p=0,123).

En lo referente a las diferencias estudiadas por medio de ANOVA, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia en que el cliente hace una felación al TMS (F=3,41; p=0,038). Como ya hemos comentado, esta variable presenta una escala Likert de respuesta desde 0 (nunca) a 3 (siempre). Observamos en la tabla 33, que los que más la realizan son los TMS creyentes en otras religiones (\bar{x} =2,88; DT=0,33). La media de frecuencia de esta práctica sexual es menor tanto en católicos (\bar{x} =2,43; DT=0,74) como en ateos (\bar{x} =2,31; DT=0,79).

En la frecuencia de realización de otras prácticas sexuales con las personas usuarias no aparecen diferencias estadísticamente significativas, como podemos ver en la tabla 33: penetración vaginal (F=0,00; p=0,999), felación del cliente al TMS (F=0,20; p=0,820), cunnilingus (F=1,11; p=0,337), sexo anal insertivo (F=0,68; p=0,510) y penetración anal receptiva (F=0,06; p=0,939). Tampoco encontramos diferencias significativas a nivel estadístico en el porcentaje de uso del preservativo con las personas usuarias en sexo oral (F=0,22; p=0,801), vaginal (F=1,10; p=0,344), anal insertivo (F=0,67; p=0,512) y anal receptivo (F=0,43; p=0,650). A pesar de esto, cabe señalar aquí que aunque las diferencias son muy pequeñas entre los tres grupos en todas estas variables, el porcentaje medio de uso del preservativo siempre es ligeramente menor en el grupo de TMS creyentes en el Catolicismo (ver tabla 33).

Por otro lado, no hallamos diferencias significativas a nivel estadístico en información sobre las vías de transmisión del VIH (F=0,13; p=0,876), riesgo (F=0,41; p=0,668) y temor (F=2,18; p=0,119) percibido de infección por VIH en el ejercicio del trabajo sexual, grado de cuidados de salud (F=0,28; p=0,755) y satisfacción personal (F=0,33; p=0,720) y laboral (F=0,56; p=0,576).

Tabla 33: Análisis diferencial según creencias religiosas (ANOVA)

	\bar{x} (DT) Católicos	\bar{x} (DT) Otras	\bar{x} (DT) Ateos	F _(gl)	p
Frecuencia prác. sex. con clientes					
Sexo vaginal	1,51 _(1,21)	1,5 _(0,90)	1,5 _(1,08)	0,00 _(2,50)	0,999
Felación al cliente	2,25 _(0,90)	2,18 _(1,01)	2,37 _(0,88)	0,20 _(2,86)	0,820
Felación al TMS	2,43 _(0,74)	2,88 _(0,33)	2,31 _(0,79)	3,41 _(2,85)	0,038
Cunnilingus	1,20 _(1,32)	1,33 _(1,37)	0,6 _(0,70)	1,11 _(2,49)	0,337
Sexo anal insertivo	2,28 _(0,70)	2,41 _(0,62)	2,5 _(0,73)	0,68 _(2,86)	0,510
Sexo anal receptivo	1,57 _(0,99)	1,47 _(1,07)	1,56 _(1,15)	0,06 _(2,86)	0,939
Porct. Uso condón con clientes					
Sexo oral	75,32 _(28,55)	77,19 _(27,26)	80,43 _(22,51)	0,22 _(2,85)	0,801
Penetración vaginal	95,33 _(13,15)	100 ₍₀₎	100 ₍₀₎	1,10 _(2,39)	0,344
Sexo Anal al cliente	99,39 _(2,97)	100 ₍₀₎	100 ₍₀₎	0,67 _(2,86)	0,512
Sexo Anal al TMS	99,49 _(2,87)	100 ₍₀₎	100 ₍₀₎	0,43 _(2,74)	0,650
Uso preserv. pareja					
Pareja actual	38,27 _(44,60)	32,50 _(38,08)	40,83 _(40,05)	0,08 _(2,33)	0,926
Última pareja	1,23 _(1,26)	0,28 _(0,49)	1,77 _(1,30)	3,12 _(2,47)	0,054
VIH					
Información VIH	8,5 _(2,06)	8,7 _(2,34)	8,75 _(1,44)	0,13 _(2,86)	0,876
Riesgo percibido	54,11 _(35,46)	62,65 _(33,26)	53,81 _(37,29)	0,41 _(2,85)	0,668
Temor percibido	79,27 _(32,12)	92,65 _(13,47)	70 _(41,59)	2,18 _(2,86)	0,119
Cuidado de salud					
	7,98 _(1,63)	7,85 _(1,29)	8,25 _(1,57)	0,28 _(2,86)	0,755
Grado de satisfacción					
Con la vida	6,78 _(2,27)	7,06 _(1,89)	7,25 _(2,02)	0,33 _(2,86)	0,720
Con situación profesional	5,11 _(3,11)	5,5 _(3,07)	4,37 _(3,12)	0,56 _(2,85)	0,576

Para finalizar, tal como vemos en la tabla 33, en el uso del preservativo con la pareja personal estable, los análisis de ANOVA según la religión de los participantes tampoco muestran diferencias significativas ni con la actual (F=0,08; p=0,926) ni con la última (F=3,12; p=0,054). Sin embargo, entre los que informaron del uso del condón con su última pareja, la media de uso en una escala de 0 a 3 es menor entre los creyentes en otras religiones (\bar{x} =0,28; DT=0,49) que entre los católicos (\bar{x} =1,23; DT=1,26) o los ateos (\bar{x} =1,77; DT=1,30).

En definitiva, en este apartado hemos visto cómo los TMS presentan algunas diferencias en ciertos aspectos relacionados con su actividad profesional y con las conductas sexuales de riesgo según sus creencias religiosas. Así, la adopción de un rol pasivo con los clientes es menor en ateos y católicos, pero el uso del preservativo con la pareja es mayor en estos dos grupos, aunque estas últimas no son diferencias estadísticamente significativas. Por lo demás, no hemos encontrado diferencias en otras

variables también importantes para la prevención del VIH, como el uso del preservativo con las personas usuarias o en cuanto a información sobre sus vías de transmisión.

11.2.2. DIFERENCIAS SEGÚN VARIABLES RELACIONADAS CON LA HISTORIA SEXUAL DE LOS TRABAJADORES MASCULINOS DEL SEXO

11.2.2.1 EN FUNCIÓN DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL

La orientación sexual de los hombres que ejercen el trabajo sexual es una información que se ha explorado en la mayoría de estudios sobre TMS. Ya hemos visto en el marco teórico cómo se ha producido una evolución en este sentido desde los primeros estudios, en los que se presentaba al colectivo fundamentalmente como población heterosexual, hasta la actualidad, donde se observa un predominio de homosexuales, aunque con un porcentaje importante de bisexuales y de heterosexuales. En este apartado queremos explorar de qué manera la orientación sexual puede mediar en la adopción de ciertas conductas y actitudes relacionadas con el trabajo sexual. Para comenzar, recordemos que un 66% de la población de nuestro estudio dijo ser homosexual, un 20% bisexual y un 13% heterosexual (ver tabla 2 sobre datos sociodemográficos en el apartado de resultados descriptivos).

En la tabla 34 se muestran los resultados de los análisis estadísticos de χ^2 . Encontramos diferencias significativas a nivel estadístico según la orientación sexual de los TMS participantes en tres de las variables estudiadas. En primer lugar, en la demanda por parte de las clientas de sexo vaginal ($\chi^2=6,06$; $p=0,048$). El 94,1% de los TMS homosexuales y el 75% de los bisexuales dijo que las mujeres les solicitan esta práctica, porcentaje que disminuye hasta el 54,5% de los heterosexuales. También aparecen diferencias estadísticamente significativas en negarse a adoptar un rol pasivo con los clientes ($\chi^2=18,56$; $p=0,000$), siendo en este caso los heterosexuales (38,5%) y los bisexuales (22,2%) los que menos adoptan este papel en sus relaciones sexuales con los clientes, mientras que solamente un 1,6% de los homosexuales dijo que nunca adopta el rol receptivo. La última diferencia estadísticamente significativa la observamos en haberse realizado la prueba de detección de anticuerpos para el VIH ($\chi^2=26,89$; $p=0,000$). El 58,3% de los heterosexuales se la han realizado frente al 90% de bisexuales y el 100% de los homosexuales.

En la misma tabla, podemos ver que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables analizadas: considerarse a sí mismo “trabajador sexual” ($\text{Chi}^2=0,78$; $p=0,941$), haber ejercido el trabajo sexual en su país de origen ($\text{Chi}^2=1,86$; $p=0,394$), el miedo a infectarse de alguna enfermedad durante su actividad ($\text{Chi}^2=0,15$; $p=0,928$), demanda por parte de las personas usuarias de penetración anal ($\text{Chi}^2=2,10$; $p=0,350$), felaciones ($\text{Chi}^2=1,49$; $p=0,473$), masturbación ($\text{Chi}^2=1,57$; $p=0,456$), cunnilingus ($\text{Chi}^2=1,08$; $p=0,583$), negarse a mantener prácticas sexuales sin protección ($\text{Chi}^2=2,94$; $p=0,230$) o a que el cliente eyacule en la boca del TMS ($\text{Chi}^2=0,06$; $p=0,971$), haber padecido alguna ITS durante su vida ($\text{Chi}^2=1,91$; $p=0,385$) y consumo de sustancias ($\text{Chi}^2=2,36$; $p=0,307$).

Tabla 34: Análisis diferencial en función de la orientación sexual (Chi^2)

	Hetero (%)	Bisexual (%)	Homo (%)	$\text{Chi}^2_{(gl)}$	p
Aspectos generales					
Ha sufrido abusos sexuales	7,7	10	30,3	6,70 ₍₄₎	0,152
Se considera “trabajador sexual”	69,2	75	74,6	0,78 ₍₄₎	0,941
Ya ejercía en su país	100	80	80,3	1,86 ₍₁₂₎	0,394
Motivación económica (dinero)	100	80	80,3	8,88 ₍₁₂₎	0,715
Temores percibidos					
Teme a infecciones	69,2	75	73,8	0,15 ₍₂₎	0,928
No percibe riesgos	30,8	10	10,8	3,99 ₍₂₎	0,135
Servicios más demandados					
Penetración hombres	53,8	40	58,5	2,10 ₍₂₎	0,350
Sexo oral hombres	38,5	55	56,9	1,49 ₍₂₎	0,473
Masturbación hombres	7,7	0	3,1	1,57 ₍₂₎	0,456
Penetración mujeres	54,5	75	94,1	6,06₍₂₎	0,048
Sexo oral mujeres	54,5	33,3	41,2	1,08 ₍₂₎	0,583
Masturbación mujeres	0	0	0	-	-
Se niegan a					
Realizar prácticas sin condón	38,5	44,4	60,3	2,94 ₍₂₎	0,230
Cliente eyacula en boca TMS	7,7	5,6	6,3	0,06 ₍₂₎	0,971
Adoptar rol pasivo	38,5	22,2	1,6	18,56₍₂₎	0,000
VIH y conductas de salud					
Se ha realizado prueba VIH	58,3	90	100	26,89₍₂₎	0,000
Ha padecido alguna ITS	23,1	45	31,8	1,91 ₍₂₎	0,385
Consume sustancias	38,5	57,9	61,5	2,36 ₍₂₎	0,307
Dejaría trabajo sexual	100	90	95,4	1,72 ₍₂₎	0,423

Por otro lado, aunque no existen diferencias significativas, en la tabla 34 podemos observar algunos datos resaltables que muestran los análisis de Chi^2 . Dedicarse al trabajo sexual a causa de necesidad económica ($\text{Chi}^2=8,88$; $p=0,715$) es un argumento que daban todos los TMS heterosexuales, frente al 80,3% de los

homosexuales y el 80% de los bisexuales. En el mismo sentido observamos cómo un 30,8% de los heterosexuales dijo no percibir riesgos en el ejercicio del trabajo sexual, mientras que solo el 10,8% de los homosexuales y 10% de los bisexuales dijo no percibir riesgos de ningún tipo ($\text{Chi}^2=3,99$; $p=0,135$). Por último, también es destacable que al indagar sobre el deseo de abandonar el ejercicio del trabajo sexual ($\text{Chi}^2=1,72$; $p=0,423$), el 100% de los heterosexuales dijo que cambiaría su actividad profesional. En cambio, un 10% de bisexuales y un 4,6% de homosexuales dijo que se mantendría en esta actividad. Pero, recordemos aquí, que estas diferencias no son significativas a nivel estadístico.

En lo referente a las variables estudiadas por medio de ANOVA (ver tabla 35), observamos que existen diferencias significativas a nivel estadístico en la frecuencia con que los TMS dijeron tener tanto fantasías heterosexuales ($F=71,05$; $p=0,000$) como homosexuales ($F=15,62$; $p=0,000$) cuando se masturbaban. En una escala de respuesta tipo Likert con opciones de respuesta de 0 a 3, los TMS heterosexuales son los que más imaginaban situaciones heterosexuales ($\bar{x}=2,54$; $DT=0,69$) y los que menos pensaban en situaciones de tipo homosexual ($\bar{x}=0,36$; $DT=0,92$). Los homosexuales, por el contrario, son los que informaron tener más fantasías de carácter homosexual ($\bar{x}=1,96$; $DT=0,99$) y los que menos tenían fantasías heterosexuales ($\bar{x}=0,44$; $DT=0,67$). Hay que mencionar también que la media en estas escalas de los bisexuales es mayor en la frecuencia de fantasías heterosexuales ($\bar{x}=2,30$; $DT=0,98$) que en las de carácter homosexual ($\bar{x}=1,05$; $DT=1,05$). Como podemos observar en la tabla 35, además de estos resultados que acabamos de comentar que son bastante lógicos, es decir, que según la orientación sexual de los TMS se tengan fantasías más afines a esa misma orientación, también encontramos que algunos heterosexuales dijeron tener en algún momento fantasías homosexuales ($\bar{x}=0,36$; $DT=0,92$) y una parte de los homosexuales informó que también tenía fantasías heterosexuales ($\bar{x}=0,44$; $DT=0,67$).

Por otro lado, encontramos diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia con la que los TMS mantienen sexo vaginal ($F=7,57$; $p=0,001$), donde en la escala Likert de 0 a 3, la media de los heterosexuales es 2,42 ($DT=0,99$), mientras que la de los bisexuales es de 1,41 ($DT=1,00$) y la media entre los homosexuales es de 1,11 ($DT=0,96$). Esta misma tendencia la observamos en la frecuencia de cunnilingus ($F=4,01$; $p=0,024$). También son significativas a nivel estadístico las diferencias en la frecuencia de sexo anal receptivo ($F=20,31$; $p=0,000$), siendo en este caso los

homosexuales los que realizan esta práctica con sus clientes hombres con más frecuencia ($\bar{x}=1,83$; $DT=0,83$). La última diferencia significativa a nivel estadístico la hallamos en el riesgo de infección por VIH que perciben los TMS ($F=5,00$; $p=0,009$). En la escala de 0 a 100, son los homosexuales los que dijeron percibir más posibilidades de infectarse ($\bar{x}=62,57$; $DT=33,76$) que los heterosexuales ($\bar{x}=41,15$; $DT=35,36$) o los bisexuales ($\bar{x}=39,5$; $DT=29,69$).

Tabla 35: Análisis diferencial según orientación sexual (ANOVA)

	\bar{X} (DT) Heter.	\bar{X} (DT) Bisex	\bar{X} (DT) Homos.	$F_{(gl)}$	p
Frecuencia fantasías sexuales					
Homosexuales	0,36 _(0,92)	1,05 _(1,05)	1,96 _(0,99)	15,62 _(2,91)	0,000
Heterosexuales	2,54 _(0,69)	2,30 _(0,98)	0,44 _(0,67)	71,05 _(2,91)	0,000
Frecuencia prác. sex. con clientes					
Sexo vaginal	2,42 _(0,99)	1,41 _(1,00)	1,11 _(0,96)	7,57 _(2,54)	0,001
Felación al cliente	1,62 _(1,32)	2,25 _(0,91)	2,30 _(0,86)	2,94 _(2,96)	0,058
Felación al TMS	2,46 _(0,66)	2,74 _(0,45)	2,48 _(0,75)	1,05 _(2,95)	0,352
Cunnilingus	1,75 _(1,29)	1,35 _(1,37)	0,67 _(1,00)	4,01 _(2,53)	0,024
Sexo anal insertivo	2,23 _(0,72)	2,40 _(0,82)	2,30 _(0,72)	0,22 _(2,96)	0,801
Sexo anal receptivo	0,38 _(0,96)	0,85 _(0,99)	1,83 _(0,83)	20,31 _(2,96)	0,000
Porct. Uso condón con clientes					
Sexo oral	85 _(29,39)	71,55 _(26,96)	76,59 _(27,60)	0,88 _(2,95)	0,416
Penetración vaginal	98,18 _(6,03)	96,67 _(12,91)	97,79 _(9,16)	0,08 _(2,42)	0,918
Sexo Anal al cliente	99,23 _(2,77)	100 _(0,00)	99,61 _(2,49)	0,45 _(2,95)	0,637
Sexo Anal al TMS	100 _(0,00)	99,92 _(0,28)	99,61 _(2,49)	0,14 _(2,79)	0,869
Uso preserv. pareja					
Pareja actual	19,09 _(35,34)	24,28 _(42,37)	49,43 _(41,52)	2,55 _(2,38)	0,091
Última pareja	0,5 _(0,71)	1 _(0,89)	1,28 _(1,33)	0,55 _(2,52)	0,578
VIH					
Información VIH	8,08 _(3,01)	8,7 _(1,89)	8,42 _(2,10)	0,32 _(2,96)	0,728
Riesgo percibido	41,15 _(35,36)	39,5 _(29,69)	62,57 _(33,76)	5,00 _(2,95)	0,009
Temor percibido	73,85 _(37,54)	71,70 _(38,60)	81,82 _(29,98)	0,89 _(2,96)	0,413
Cuidado de salud					
	7,08 _(2,23)	8,35 _(1,56)	7,97 _(1,51)	2,32 _(2,93)	0,104
Grado de satisfacción					
Con la vida	6,46 _(2,82)	7,15 _(1,90)	6,89 _(2,21)	0,37 _(2,95)	0,691
Con situación profesional	4,07 _(2,84)	4,60 _(3,48)	5,28 _(2,93)	1,04 _(2,94)	0,357

Lo contrario, es decir, sin diferencias estadísticamente significativas observamos las siguientes variables (ver tabla 35): frecuencia de felación al trabajador sexual ($F=1,05$; $p=0,352$), frecuencia de sexo anal insertivo ($F=0,22$; $p=0,801$), porcentaje de uso del preservativo con las personas usuarias en sexo oral ($F=0,88$; $p=0,416$),

penetración vaginal ($F=0,08$; $p=0,918$), sexo anal insertivo ($F=0,45$; $p=0,637$) o receptivo ($F=0,14$; $p=0,869$), información sobre las vías de transmisión del VIH ($F=0,32$; $p=0,728$), temor ante una posible infección por VIH ($F=0,89$; $p=0,413$), grado de cuidados de salud ($F=2,32$; $p=0,104$), satisfacción con la vida en general ($F=0,37$; $p=0,691$) y grado de satisfacción con su actividad profesional ($F=1,04$; $p=0,357$).

En cuanto a la frecuencia de realización de sexo oral por parte del TMS al cliente hombre, observamos en la tabla 35 que esta práctica la realizan en menor medida los heterosexuales ($\bar{x}=1,62$; $DT=1,32$) que los bisexuales ($\bar{x}=2,25$; $DT=0,91$) y los homosexuales ($\bar{x}=2,30$; $DT=0,86$), siendo estas diferencias casi estadísticamente significativas ($F=2,94$; $p=0,058$). Por lo que respecta a la frecuencia de uso de condón con la pareja personal, observamos que tanto entre los que mantenían una relación estable cuando se realizaron las entrevistas ($F=2,55$; $p=0,091$) como entre aquellos TMS que informaron sobre su última relación ($F=0,55$; $p=0,578$), el uso del preservativo era menor en el grupo de trabajadores sexuales heterosexuales y bisexuales que en los homosexuales.

A lo largo de esta apartado hemos visto cómo existen algunas diferencias destacables entre las diferentes orientaciones sexuales de los hombres que ejercen el trabajo sexual. De esta manera, los resultados nos indican que los heterosexuales son los más reacios a adoptar roles tradicionalmente considerados más femeninos (como un papel pasivo en las relaciones sexuales). También son los que argumentan mayoritariamente que esta actividad la realizan como medio para obtener ingresos económicos. Este grupo es el que menos prácticas receptivas a nivel anal realiza con los clientes y el que mantiene mayor frecuencia de realización de penetración vaginal y sexo oral con las mujeres clientas.

En cuanto al riesgo percibido de infección por VIH son los homosexuales los que mayor percepción y temor presentan en este sentido. También son ellos los que más utilizan el preservativo con la pareja estable, aunque en todos los grupos encontramos una disminución en la utilización del preservativo en sus relaciones personales si lo comparamos con el uso del preservativo con los clientes. En general, el uso del condón en sus intercambios sexuales profesionales es alto en los tres grupos aunque menor en sexo oral que en penetración vaginal o anal.

11.2.2.2. EN FUNCIÓN DEL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA

A continuación presentamos los resultados de los análisis realizados en nuestra población de TMS en la que indagamos la posible relación existente entre la historia de abuso sexual y algunos aspectos relacionados con el ejercicio del trabajo sexual. Nuestro objetivo no es demostrar si el ejercicio del trabajo sexual es consecuencia de un abuso sexual durante la infancia, sino comprobar si existen diferencias entre los TMS que lo sufrieron y los que no. Para comenzar, recordemos que un 23% de la población estudiada informó haber sido víctima de un abuso sexual durante su infancia (ver tabla 5 en apartado de resultados descriptivos).

Tabla 36: Análisis diferencial según historia de abuso sexual en variables sociodemográficas y de orientación sexual (χ^2)

	No abuso %	Abuso %	$\chi^2_{(gl)}$	p
Nivel de estudios				
Ninguno	100	0		
Básicos	60	40	6,72 ₍₆₎	0,347
Secundaria	79	21		
Universitarios	83,3	16,7		
País de origen				
España	60	40	1,28 ₍₄₎	0,865
Latinoamérica	78,3	21,7		
Europa	75	25		
Religión				
Católicos	83,4	16,6	2,39	0,664
Otras religiones	76,5	23,5		
Ateos	68,7	31,3		
Orientación sexual				
Heterosexuales	92,3	7,7	6,70	0,152
Bisexuales	90	10		
Homosexuales	69,7	30,3		
TS país origen	13,9	28,6	2,92 ₍₂₎	0,233
Consumo sustancias	53,4	69,6	1,90 ₍₂₎	0,386

Los análisis de χ^2 realizados no muestran diferencias significativas a nivel estadístico en el nivel de estudios de los TMS ($\chi^2=6,72$; $p=0,347$), país de origen ($\chi^2=1,28$; $p=0,865$), creencias religiosas ($\chi^2=2,39$; $p=0,664$), orientación sexual ($\chi^2=6,70$; $p=0,152$), haber ejercido el trabajo sexual en el país de procedencia

($\text{Chi}^2=2,92$; $p=0,233$) ni en consumo de sustancias ($\text{Chi}^2=1,90$; $p=0,386$), tal como se presenta en la tabla 36.

Pero cabe mencionar que, aunque estas diferencias no sean significativas, todos lo TMS que dijeron haber sufrido abuso sexual tienen algún estudio realizado. Por otro lado, los que más han sufrido abusos son los TMS españoles (40%), frente al 25% de TMS del resto de Europa y el 21,7% de latinoamericanos. Además, el porcentaje de homosexuales que informó de abusos (30,3%) es bastante superior al de los otros dos grupos de orientación sexual.

Por su parte, la tabla 37 nos muestra los resultados de los análisis de prueba t de Student, donde observamos que aparecen diferencias significativas a nivel estadístico en el porcentaje de uso del preservativo en penetración vaginal ($t=2,71$; $p=0,010$). En una escala de respuesta de 0 a 100, la media de uso del condón en esta práctica es superior en aquellos TMS que no informaron de abuso sexual ($\bar{x}=99,37$; $DT=3,39$) que en los que sí dijeron haberlo padecido ($\bar{x}=90$; $DT=20$).

Tabla 37: Análisis diferencial en función de la historia de abuso sexual en ciertos aspectos del trabajo sexual

	\bar{x} (DT) ABUSO	\bar{x} (DT) NOABUSO	$t_{(gl)}$	P
Primera masturbación	11,91 _(2,27)	12,08 _(2,30)	0,30 ₍₉₆₎	0,761
Primera relación sexual	13,40 _(2,57)	14,30 _(2,67)	1,40 ₍₉₅₎	0,166
Porcent. Condón oral	70,87 _(30,85)	79,73 _(25,56)	1,38 ₍₉₅₎	0,171
Porct. Condón vaginal	90 _(20,00)	99,37 _(3,39)	2,71 ₍₄₂₎	0,010
Porct. Condón Anal Insert	99,04 _(4,17)	99,81 _(1,20)	1,42 ₍₉₅₎	0,160
Porct. Condón Anal Recept	99 _(4,26)	99,91 _(0,38)	1,65 ₍₇₉₎	0,103
Preservt. Pareja	33,75 _(39,26)	35,84 _(41,93)	0,13 ₍₃₈₎	0,899
Presvt. Última pareja	1,20 _(1,42)	1,24 _(1,20)	0,11 ₍₅₄₎	0,909

No se han encontrado diferencias significativas en el resto de variables analizadas según abuso sexual (ver tabla 37): edad de la primera masturbación ($t=0,30$; $p=0,761$), edad de la primera relación sexual con otra persona ($t=1,40$; $p=0,166$), porcentaje de uso del condón con las personas usuarias en sexo oral ($t=1,38$; $p=0,171$), en penetración anal insertiva ($t=1,42$; $p=0,160$), en sexo anal receptivo ($t=1,65$;

$p=0,103$), uso del preservativo con la pareja estable ($t=0,13$; $p=0,899$) o la anterior ($t=0,11$; $p=0,909$).

En resumen, no existen diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de variables estudiadas, exceptuando el porcentaje de uso del preservativo en sexo vaginal con las clientas donde es mayor el uso entre los TMS que no sufrieron abuso sexual. Sin embargo, observamos una ligera tendencia de menor uso del condón tanto en las relaciones sexuales profesionales como en los personales entre aquellos que fueron víctimas de abuso en la infancia. Por otro lado, el mayor porcentaje de abuso sexual lo encontramos entre los TMS homosexuales, españoles y con un nivel elemental de estudios, aunque estas diferencias no tienen significación a nivel estadístico.

11.2.2.3 EN FUNCIÓN DE LA EDAD DE INICIO EN LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES

En este apartado vamos a exponer los resultados de los análisis estadísticos que hacen referencia a las posibles diferencias existentes según la edad de inicio en masturbación y en relaciones sexuales con otras personas. Para facilitar el seguimiento de la presentación, comentaremos en primer lugar los resultados de los análisis de prueba t y, en segundo lugar, los resultados de las correlaciones de Pearson para observar posibles relaciones entre la edad de inicio en los comportamientos sexuales y otras variables que pueden ser de interés.

11.2.2.3.1 Edad de inicio en masturbación

En la tabla 38 observamos los análisis de las prueba t. Los resultados no muestran diferencias significativas según la edad de la primera masturbación en aspectos de salud como haber padecido alguna ITS ($t=0,87$; $p=0,384$) o el consumo de sustancias ($t=0,95$; $p=0,347$).

Por otro lado, en la tabla 40 se presentan los resultados de los análisis correlacionales realizados entre distintas variables. La edad de inicio en la masturbación correlaciona de manera positiva a nivel significativo con la edad de la primera relación con otra persona ($r=0,41$; $p=0,000$), porcentaje de uso de preservativo en sexo oral con

los clientes ($r=0,27$; $p=0,007$) y uso del condón en penetración anal insertiva ($r=0,24$; $p=0,018$) y receptiva ($r=0,24$; $p=0,028$).

No hemos encontrado correlación estadísticamente significativa entre la edad de inicio en la masturbación y el resto de variables analizadas: porcentaje de uso de condón en sexo vaginal con las clientas ($r=0,14$; $p=0,362$), uso del preservativo con la última pareja personal ($r=0,10$; $p=0,455$), información sobre vías sexuales de transmisión del VIH ($r=-0,16$; $p=0,108$), riesgo percibido de infección por VIV ($r=-0,13$; $p=0,186$), temor percibido ante la posibilidad de infectarse ($r=-0,01$; $p=0,944$), cuidados de salud ($r=0,06$; $p=0,536$), el grado de satisfacción con su vida ($r=-0,07$; $p=0,507$) y satisfacción con el ejercicio del trabajo sexual ($r=-0,09$; $p=0,392$). No obstante, casi es significativa la correlación con el uso del preservativo con la pareja estable ($r=0,31$; $p=0,052$).

Tabla 38: Análisis diferencial en función de la edad de primera masturbación y de la primera relación sexual

	PRIMERA MASTURBACIÓN				PRIMERA RELACIÓN SEXUAL			
	$\bar{x}_{(DT)}$ sí	$\bar{x}_{(DT)}$ no	$t_{(gl)}$	p	$\bar{x}_{(DT)}$ sí	$\bar{x}_{(DT)}$ no	$t_{(gl)}$	p
Has padecido ITS	11,76 _(2,82)	12,18 _(1,94)	0,87 ₍₉₈₎	0,384	13,81 _(3,17)	14,31 _(2,46)	0,86 ₍₉₇₎	0,391
Consumo sustancias	11,80 _(2,27)	12,24 _(2,27)	0,95 ₍₉₆₎	0,347	14,02 _(2,69)	14,24 _(2,77)	0,39 ₍₉₅₎	0,695

11.2.2.3.2. Edad de la primera relación sexual con otra persona

En la tabla 38 podemos observar que al igual que ocurría con la edad de la primera masturbación, la prueba t no presenta diferencias estadísticamente significativas según la edad de inicio en las relaciones sexuales en haber padecido una ITS ($t=0,86$; $p=0,391$) o el consumo de sustancias ($t=0,39$; $p=0,695$).

En cuanto a los análisis de correlación (tabla 40), la edad de la primera relación sexual con otra persona no presenta relación significativa en ningún sentido a nivel estadístico con ninguna de las variables exploradas: porcentaje de uso del preservativo con las personas usuarias de sus servicios en sexo oral ($r=-0,04$; $p=0,711$), penetración vaginal ($r=0,27$; $p=0,068$), sexo anal insertivo ($r=0,07$; $p=0,519$), penetración anal receptiva ($r=0,08$; $p=0,463$), uso del condón con su pareja personal ($r=0,24$; $p=0,142$),

con su última pareja estable ($r=0,21$; $p=0,111$), información sobre VIH ($r=-0,17$; $p=0,098$), riesgo percibido de infección por VIH ($r=-0,02$; $p=0,807$), temor percibido ante esta posible infección ($r=0,06$; $p=0,523$) y cuidados de salud ($r=0,08$; $p=0,439$).

Sin embargo, encontramos una relación negativa, aunque sin significación a nivel estadístico, entre la edad de inicio en las relaciones sexuales y el grado de satisfacción con la vida en general ($r=-0,19$; $p=0,055$), así como con la satisfacción con su situación profesional ($r=-0,18$; $p=0,071$). Parece ser que los TMS que tuvieron su primer contacto sexual con otra persona a mayor edad, valoran su situación personal general, y también la profesional, de una manera menos positiva.

Como acabamos de ver, la edad de inicio en la masturbación se relaciona con signo positivo a nivel estadístico con el uso del preservativo en ciertas prácticas sexuales con los clientes hombres. Por su parte, la edad de la primera relación sexual con otra persona presenta una relación estadísticamente significativa de signo negativo con la valoración que los TMS hacen de su situación personal y profesional.

11.2.3. DIFERENCIAS SEGÚN ALGUNOS ASPECTOS DE LA ACTIVIDAD DEL TRABAJO SEXUAL EJERCIDO POR HOMBRES

En este apartado analizamos la influencia de diferentes factores de la realidad de los trabajadores masculinos del sexo. Así, primero exploraremos las diferencias que puedan existir en función del tiempo que los TMS llevan ejerciendo el comercio sexual. A continuación, expondremos las relaciones que hemos encontrado entre aquellas variables que pueden ser importantes en el día a día de los hombres que ejercen el trabajo sexual y el cuidado de su salud y la prevención de la infección por VIH.

11.2.3.1 EN FUNCIÓN DEL TIEMPO COMO TRABAJADOR SEXUAL

En el capítulo de resultados descriptivos pudimos ver que a pesar de que una gran parte de los TMS entrevistados comenzó con la idea de ejercer el trabajo sexual de manera temporal, la mayoría de ellos alargan durante años la permanencia en esta profesión para conseguir ingresos económicos y poder subsistir.

Los análisis de prueba t indican que existen diferencias significativas a nivel estadístico según el tiempo que los TMS llevan ejerciendo el trabajo sexual en la

autoconsideración como trabajador sexual ($t=-2,49$; $p=0,015$) y en haber ejercido esta actividad en sus países de origen ($t=-8,40$; $p=0,000$). Como muestra la tabla 39, tanto los que sí se llaman a sí mismos “trabajador sexual” y los que ya ejercían el comercio sexual antes de llegar a España son los que llevan más años ejerciendo esta actividad. También hallamos diferencias con significación estadística entre los que abandonarían el ejercicio del trabajo sexual y los que no ($t=2,02$; $p=0,046$). La media de años que llevan ejerciendo los que cambiarían de actividad de manera inmediata ($\bar{x}=5,60$; $DT=4,09$) es superior a aquellos TMS que preferían continuar en el trabajo sexual ($\bar{x}=2,71$; $DT=3,02$).

Tabla 39: Análisis diferencial según años de ejercicio (prueba t)

	$\bar{x}_{(DT)}$ sí	$\bar{x}_{(DT)}$ no	$t_{(gl)}$	p
Consideración TMS	3,38 _(3,43)	1,50 _(1,53)	-2,49 ₍₉₀₎	0,015
TS país origen	7,12 _(3,61)	1,80 _(1,93)	-8,40 ₍₈₉₎	0,000
Temor a infecciones	2,55 _(2,56)	3,65 _(4,34)	1,52 ₍₉₃₎	0,131
Ningún riesgo	3,15 _(3,18)	2,80 _(3,18)	-0,37 ₍₉₃₎	0,714
No hacer nada sin protección	2,47 _(2,63)	3,31 _(3,57)	1,29 ₍₈₉₎	0,201
No eyacular en la boca	3,33 _(3,20)	2,82 _(3,12)	-0,39 ₍₈₉₎	0,700
No adoptar rol pasivo	3,60 _(2,99)	2,76 _(3,13)	-0,80 ₍₈₉₎	0,427
Prueba VIH	2,92 _(3,27)	2,12 _(1,55)	-0,68 ₍₉₃₎	0,500
Has padecido ITS	3,15 _(3,24)	2,68 _(3,11)	-0,69 ₍₉₄₎	0,491
Consumo sustancias	2,94 _(2,94)	2,78 _(3,34)	-0,24 ₍₉₂₎	0,807
Dejaría TS	5,60 _(4,09)	2,71 _(3,02)	2,02 ₍₉₃₎	0,046

En la tabla 39 podemos apreciar que no se han encontrado diferencias significativas a nivel estadístico en los riesgos percibidos en el ejercicio del trabajo sexual (ningún riesgo: $t=-0,37$; $p=0,714$; infecciones: $t=1,52$; $p=0,131$), en negarse a mantener relaciones sexuales desprotegidas ($t=1,29$; $p=0,201$), negarse a que el cliente eyacule en la boca del TMS ($t=-0,39$; $p=0,700$), en no adoptar un rol pasivo ($t=-0,80$; $p=0,427$), haberse realizado la prueba del VIH ($t=-0,69$; $p=0,491$) o en el consumo de sustancias ($t=-0,24$; $p=0,807$).

En lo que respecta a posible relación existente entre el tiempo de ejercicio y otras variables sobre el trabajo sexual, la tabla 40 nos muestra que solo existe relación significativa a nivel estadístico de signo negativo entre los años como TMS y el porcentaje de uso del preservativo en sexo vaginal con las clientas ($r=-0,36$; $p=0,020$).

No existe relación entre el tiempo como trabajador sexual y el uso del condón con los clientes en sexo oral ($r=-0,16$; $p=0,130$) y penetración anal insertiva ($r=-0,17$; $p=0,092$). Aunque no aparecen relación estadísticamente significativa entre el tiempo de ejercicio y el uso del condón en sexo anal receptivo ($r=-0,22$; $p=0,053$), parece existir cierta tendencia de signo negativo de manera que aquellos TMS que informaron llevar más tiempo en el comercio sexual tienen una media de uso del condón menor que los que llevan menos tiempo.

Por lo demás, no existe relación estadísticamente significativa entre los años que llevan los participantes en el trabajo sexual y la edad de la primera masturbación ($r=-0,01$; $p=0,934$), edad de inicio en las relaciones sexuales ($r=-0,15$; $p=0,158$), uso del preservativo con la pareja estable actual ($r=0,03$; $p=0,869$) o con la última ($r=0,06$; $p=0,641$), información sobre las vías de transmisión del VIH ($r=0,03$; $p=0,769$), riesgo percibido ante el VIH ($r=-0,08$; $p=0,429$) y temor ante una infección ($r=-0,12$; $p=0,239$), el grado de cuidados de salud ($r=-0,01$; $p=0,961$), satisfacción con la vida en general ($r=0,15$; $p=0,135$) y valoración de su actividad profesional ($r=0,13$; $p=0,218$) (ver tabla 40).

En resumen, los TMS que llevan más años ejerciendo el comercio sexual son los que ya ejercían esta actividad en su país de origen y tienen una mayor percepción de sí mismos como “trabajadores sexuales”, aunque son éstos los que presentan una mayor preferencia por dejar esta actividad. Además, esta mayor permanencia temporal en el ejercicio del trabajo sexual parece estar relacionada con una relajación en el uso del preservativo con las personas usuarias, especialmente durante el coito vaginal con las mujeres y el sexo anal receptivo con los hombres.

11.2.3.2 EN FUNCIÓN DE OTRAS VARIABLES DE LA REALIDAD DEL TRABAJO SEXUAL

En este apartado vamos a explorar si existen relaciones entre factores como el uso del preservativo con las personas usuarias, la utilización del condón con la pareja personal, información sobre las vías de transmisión del VIH, el riesgo y el temor percibido hacia una posible infección por VIH durante el ejercicio del trabajo sexual, la valoración de los cuidados de salud que mantienen los TMS y su satisfacción con la

vida en general y con su actividad profesional. Los resultados que comentaremos a lo largo de este epígrafe los podemos ver en la tabla 40.

El uso del preservativo en sexo oral con los clientes presenta relación estadísticamente significativa de signo positivo con el porcentaje de uso del mismo en sexo vaginal ($r=0,33$; $p=0,023$) y en penetración anal tanto insertiva ($r=0,37$; $p=0,000$) como receptiva ($r=0,28$; $p=0,010$). En cambio no presenta relación significativa con el uso del condón con la pareja personal ($r=-0,01$; $p=0,977$) o con la última pareja estable ($r=0,11$; $p=0,431$), con la información que los TMS tienen sobre las vías sexuales de transmisión del VIH ($r=0,00$; $p=1,000$), con la probabilidad percibida de infección por VIH durante su actividad profesional ($r=-0,08$; $p=0,456$), el temor ante una posible infección por VIH ($r=0,18$; $p=0,067$), con los cuidados de salud ($r=0,09$; $p=0,375$) ni con el grado de satisfacción con su vida en general ($r=-0,01$; $p=0,942$) o con su actividad profesional ($r=0,01$; $p=0,889$).

Como ya hemos visto, y se muestra en la tabla 40, el porcentaje de uso de condón con las clientas en sexo vaginal se relaciona a nivel estadístico tanto con el tiempo como trabajador sexual (signo negativo) como el uso del condón en sexo oral (signo positivo). Pero el uso del condón en penetración vaginal no presenta relación con el resto de variables estudiadas: utilización del condón en penetración anal insertiva ($r=-0,04$; $p=0,799$) y receptiva ($r=-0,01$; $p=0,943$), uso de preservativo con la pareja persona ($r=0,13$; $p=0,533$) o con última pareja estable ($r=0,22$; $p=0,373$), con la información sobre VIH ($r=-0,06$; $p=0,682$), riesgo percibido de infección ($r=-0,15$; $p=0,304$), temor ante la posible infección por VIH ($r=0,01$; $p=0,956$), grado de cuidados de salud ($r=-0,16$; $p=0,297$) y con la satisfacción general ($r=-0,08$; $p=0,608$) o profesional ($r=-0,17$; $p=0,247$).

Por lo que respecta al porcentaje de uso del condón en penetración anal insertiva, además de la relación ya comentada con la edad de la primera masturbación ($r=0,24$; $p=0,018$) y con el uso del preservativo en sexo oral ($r=0,37$; $p=0,000$), esta variable correlaciona de manera significativa y con signo positivo con la utilización de protección en penetración anal receptiva ($r=0,89$; $p=0,000$) y con el temor a una posible infección por VIH en el ejercicio del intercambio sexual con las personas usuarias ($r=0,20$; $p=0,044$).

No encontramos relación a nivel estadístico entre uso de condón en sexo anal insertivo y la utilización de preservativo con la pareja personal actual ($r=0,18$; $p=0,257$) y con la última ($r=-0,12$; $p=0,395$), información sobre VIH ($r=-0,04$; $p=0,714$), riesgo percibido de infección por VIH ($r=-0,04$; $p=0,712$), cuidados de salud ($r=0,04$; $p=0,692$), satisfacción con su vida en general ($r=-0,08$; $p=0,436$) ni con el grado de satisfacción con su actividad profesional ($r=0,03$; $p=0,791$).

Para finalizar con las variables sobre el uso del preservativo con los clientes, la utilización de protección en sexo anal receptivo, además de las variables ya comentadas más arriba (ver tabla 40), correlaciona con signo positivo a nivel estadístico con el temor percibido ante una posible infección por VIH ($r=0,28$; $p=0,010$), de manera que aquellos TMS que manifiestan un mayor temor ante la infección por VIH son aquellos que más utilizan el preservativo cuando son penetrados por los clientes.

Por otro lado, no hay relación entre uso de condón en penetración anal receptiva y el uso del preservativo con la pareja estable ($r=0,17$; $p=0,374$) o con la última pareja personal ($r=-0,09$; $p=0,514$), información sobre la transmisión del VIH ($r=0,00$; $p=0,976$), riesgo percibido de infección por VIH ($r=0,00$; $p=0,983$), el grado de cuidados de salud ($r=0,05$; $p=0,645$), la satisfacción de la vida en general ($r=-0,13$; $p=0,254$) o con el ejercicio del trabajo sexual ($r=-0,06$; $p=0,593$).

Como hemos ido presentando a lo largo de este epígrafe, el uso del preservativo con la pareja estable entre aquellos que la tenían en el momento de ser entrevistados no correlaciona con ninguna de las variables ya expuestas (ver tabla 40). Pero, además, tampoco se observa relación entre esta variable y la información que los TMS tienen sobre el VIH ($r=-0,06$; $p=0,718$), riesgo ($r=0,21$; $p=0,182$) y temor percibido ante el VIH ($r=-0,05$; $p=0,760$), cuidados de salud ($r=-0,01$; $p=0,944$), satisfacción general ($r=0,10$; $p=0,528$) y profesional ($r=0,23$; $p=0,144$).

Tabla 40: Análisis correlacional entre diferentes variables relacionadas con el trabajo sexual

		Prim Mastur	Prim relac	Tiempo TMS	%cond oral	%cond vaginal	%condón anal insert	%condón anal recept	Preservt Pareja	Presvt. Última pareja	Inf. VIH	Riesgo percib.	Temor percib.	Cuid salud	Satis vida	Sat. prof
Primera Masturb	r (p)	1	0,41 (0,000)	-0,01 (0,934)	0,27 (0,007)	0,14 (0,362)	0,24 (0,018)	0,24 (0,028)	0,31 (0,052)	0,10 (0,455)	-0,16 (0,108)	-0,13 (0,186)	-0,01 (0,944)	0,06 (0,536)	-0,07 (0,507)	-0,09 (0,392)
Primera relación	r (p)		1	-0,15 (0,158)	-0,04 (0,711)	0,27 (0,068)	0,07 (0,519)	0,08 (0,463)	0,24 (0,142)	0,21 (0,111)	-0,17 (0,098)	-0,02 (0,807)	0,06 (0,523)	0,08 (0,439)	-0,19 (0,055)	-0,18 (0,071)
Tiempo ejercicio	r (p)			1	-0,16 (0,130)	-0,36 (0,020)	-0,17 (0,092)	-0,22 (0,053)	0,03 (0,869)	0,06 (0,641)	0,03 (0,769)	-0,08 (0,429)	-0,12 (0,239)	-0,01 (0,961)	0,15 (0,135)	0,13 (0,218)
% Condón oral	r (p)				1	0,33 (0,023)	0,37 (0,000)	0,28 (0,010)	-0,01 (0,977)	0,11 (0,431)	0,00 (1,000)	-0,08 (0,456)	0,18 (0,067)	0,09 (0,375)	-0,01 (0,942)	0,01 (0,889)
% Condón vaginal	r (p)					1	-0,04 (0,799)	-0,01 (0,943)	0,13 (0,533)	0,22 (0,373)	-0,06 (0,682)	-0,15 (0,304)	0,01 (0,956)	-0,16 (0,297)	-0,08 (0,608)	-0,17 (0,247)
%condón anal insert	r (p)						1	0,89 (0,000)	0,18 (0,257)	-0,12 (0,395)	-0,04 (0,714)	-0,04 (0,712)	0,20 (0,044)	0,04 (0,692)	-0,08 (0,436)	0,03 (0,791)
%condón anal recept	r (p)							1	0,17 (0,374)	-0,09 (0,514)	0,00 (0,976)	0,00 (0,983)	0,28 (0,010)	0,05 (0,645)	-0,123 (0,254)	-0,06 (0,593)
Preservt. Pareja	r (p)								1	-	-0,06 (0,718)	0,21 (0,182)	-0,05 (0,760)	-0,01 (0,944)	0,10 (0,528)	0,23 (0,144)
Presvt. Últ pareja	r (p)									1	0,03 (0,848)	-0,04 (0,745)	0,12 (0,395)	-0,03 (0,846)	0,11 (0,404)	0,14 (0,306)
Inf. VIH	r (p)										1	-0,09 (0,362)	-0,11 (0,293)	-0,01 (0,924)	-0,11 (0,264)	0,09 (0,364)
Riesgo percibido	r (p)											1	0,26 (0,007)	-0,05 (0,591)	0,17 (0,087)	0,07 (0,489)
Temor percibido	r (p)												1	0,03 (0,731)	-0,13 (0,204)	-0,14 (0,155)
Cuidado salud	r (p)													1	0,31 (0,002)	0,12 (0,243)
Satisf. vida	r (p)														1	0,44 (0,000)
Satisf. profesional	r (p)															1

En el mismo sentido, el uso del preservativo que los TMS sin pareja dijeron tener con su última pareja estable no presenta relación con las variables ya expuestas y tampoco, como muestra la tabla 40, con el resto de variables analizadas: información sobre las vías de transmisión del VIH ($r=0,03$; $p=0,848$), riesgo percibido de infección por VIH ($r=-0,04$; $p=0,745$) y temor ante la misma ($r=0,12$; $p=0,395$), cuidados de salud de TMS ($r=-0,03$; $p=0,846$), satisfacción con la vida en general ($r=0,11$; $p=0,404$) y con su actividad profesional ($r=0,14$; $p=0,306$).

En cuanto a la variable de la información que los TMS presentan sobre las vías sexuales de transmisión del VIH, ésta no presenta relación con el riesgo ($r=-0,09$; $p=0,362$) y el temor ($r=-0,11$; $p=0,293$) percibido ante una posible infección por VIH, cuidados de salud ($r=-0,01$; $p=0,924$), satisfacción general personal ($r=-0,11$; $p=0,264$) y satisfacción con su actividad profesional ($r=0,09$; $p=0,364$). Esta variable de información sobre VIH tampoco se relaciona con las variables comentadas con anterioridad en este epígrafe (ver tabla 40).

Los análisis correlacionales indican que el riesgo percibido por los TMS de una infección por VIH en el ejercicio del trabajo sexual solo correlaciona de manera significativa (con signo positivo) con el temor percibido ante esta posible infección ($r=0,26$; $p=0,007$). El resto de variables estudiadas no presentan relación: cuidados de salud ($r=-0,05$; $p=0,591$), satisfacción con la vida ($r=0,17$; $p=0,087$) y con su actividad profesional ($r=0,07$; $p=0,489$).

Por lo que respecta al temor que indican los participantes ante la infección por VIH, hemos visto con anterioridad que esta variable se relaciona de manera significativa a nivel estadístico con signo positivo con el porcentaje de uso de preservativo en sexo anal insertivo ($r=0,20$; $p=0,044$) y receptivo ($r=0,28$; $p=0,010$). Pero también se relaciona, como muestra la tabla 40, con el riesgo percibido. Así, los TMS que perciben mayor riesgo de infección son los que más temor presentan.

El temor percibido, además de las variables ya expuestas más arriba, no se relaciona con el grado de cuidados de salud ($r=0,03$; $p=0,731$) ni con la satisfacción con la vida ($r=-0,13$; $p=0,204$) o profesional ($r=-0,14$; $p=0,155$).

Por lo que respecta al grado de cuidados de salud de los trabajadores sexuales, esta variable sólo presenta relación estadísticamente significativa de signo positivo con la valoración de su vida en general ($r=0,31$; $p=0,002$), pero no con la satisfacción que les producía el ejercicio del trabajo sexual ($r=0,12$; $p=0,243$).

Para finalizar este punto de presentación de resultados, señalar que, como muestra la tabla 40, hemos encontrado relación de signo positivo entre la valoración que los TMS hicieron de vida en general y el grado de satisfacción con su actividad profesional ($r=0,44$; $p=0,000$).

En general, parece ser que el uso del condón en las diversas prácticas sexuales con los clientes correlaciona con una mayor utilización de protección cuando se realizan otras prácticas sexuales de riesgo con las personas usuarias de sus servicios. Sin embargo, esta afirmación no es válida para el uso de condón en penetración vaginal y su relación con la penetración anal. Por otra parte, el temor percibido sí que se relaciona de manera positiva con un mayor uso del condón en la penetración anal con los clientes. Además, no hemos encontrado relación entre el uso de preservativo con los clientes y la protección que los TMS pueden tomar con sus parejas personales.

11.2.4. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE VARIABLES DISPOSICIONALES: COMPULSIVIDAD SEXUAL Y BÚSQUEDA DE SENSACIONES SEXUALES

En el marco teórico hemos visto que en diferentes tipos de población, algunas variables disposicionales, como la Compulsividad Sexual y la Búsqueda de Sensaciones Sexuales, pueden estar mediando en la realización de prácticas sexuales de riesgo para la infección por VIH y otras ITS y en el mantenimiento de otras conductas que afectan a nuestra salud como el consumo de sustancias. A continuación presentamos los resultados obtenidos en nuestro estudio con hombres que ejercen el trabajo sexual sobre las diferencias encontradas según estas dos variables en aspectos demográficos y de la historia sexual de los TMS (estudios, país de origen, creencias religiosas, orientación sexual y abuso sexual en la infancia), así como su relación en otros aspectos de la realidad del trabajo sexual como el uso del condón en sus relaciones profesionales y personales.

11.2.4.1 COMPULSIVIDAD SEXUAL

La tabla 41 muestra los resultados de los análisis diferenciales ANOVA para variables demográficas de los TMS según la compulsividad sexual (CS). Podemos comprobar que no existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación en la escala de CS en nivel de estudios ($F=0,73$; $p=0,534$), en país de origen ($F=0,60$; $p=0,550$), en creencias religiosas ($F=0,04$; $p=0,964$) o en orientación sexual ($F=0,55$; $p=0,581$). A pesar de que las diferencias no son significativas a nivel estadístico, podemos observar una pequeña tendencia en el nivel de estudios, según la cual a menor nivel educativo mayor puntuación total en CS. La media en CS es mayor en los que no tenían estudios ($\bar{x}=22$; $DT=0,00$) y se aprecia una disminución en la puntuación media conforme el nivel de estudios de los TMS es de básicos ($\bar{x}=18,75$; $DT=7,32$), secundaria ($\bar{x}=17,58$; $DT=7,61$) o universitarios ($\bar{x}=14,93$; $DT=6,72$). En cuanto a la orientación sexual, la puntuación en CS es ligeramente menor en TMS heterosexuales ($\bar{x}=14,9$; $DT=3,14$) que en bisexuales ($\bar{x}=17,33$; $DT=7,15$) y homosexuales ($\bar{x}=17,55$; $DT=7,91$), aunque como acabamos de comentar, estas diferencias no presentan significación estadística.

Tabla 41: ANOVA para Compulsividad Sexual

	CS \bar{x} (DT)	F	p
Nivel de Estudios			
Ninguno	22 _(0,00)		
Básicos	18,75 _(7,32)	0,73 _(3,67)	0,534
Secundaria	17,58 _(7,61)		
Universitarios	14,93 _(6,72)		
País de Origen			
España	16 _(1,41)	0,60 _(2,71)	0,550
Latinoamérica	17,48 _(7,76)		
Europa	14,8 _(3,76)		
Religión			
Católicos	16,91 _(6,71)	0,04 _(2,70)	0,964
Otras religiones	17,14 _(9,41)		
Ateos	17,54 _(7,54)		
Orientación Sexual			
Heterosexual	14,9 _(3,14)	0,55 _(2,70)	0,581
Bisexual	17,33 _(7,15)		
Homosexual	17,55 _(7,91)		

Por otra parte, en los análisis de pruebas t tampoco hemos encontrado diferencias significativas a nivel estadístico en ninguna de las variables analizadas (ver tabla 42): haber sufrido abuso sexual durante la infancia ($t=-1,48$; $p=0,144$), haberse realizado la prueba de anticuerpos para el VIH ($t=-1,00$; $p=0,321$), haber padecido alguna ITS a lo largo de su vida ($t=-1,15$; $p=0,255$), consumo de sustancias ($t=-1,12$; $p=0,265$) o deseo de abandonar el trabajo sexual si les fuera posible ($t=-0,90$; $p=0,370$). En todo caso, la compulsividad parece ser algo mayor entre los que han sufrido abusos, se han realizado las pruebas de detección de anticuerpos del VIH, han padecido alguna ITS, han consumido sustancias y se dejarían el trabajo sexual.

Tabla 42: Análisis diferencial Compulsividad Sexual y aspectos del trabajo sexual

	CS \bar{x} (DT)	$t_{(gl)}$	p
Abuso Sexual			
Si	19,56 _(7,59)	-1,48 ₍₇₀₎	0,144
No	16,52 _(7,19)		
Prueba VIH			
Si	17,39 _(7,50)	-1,00 ₍₇₁₎	0,321
No	14,00 _(1,58)		
Infección de ITS			
Si	18,52 _(7,49)	-1,15 ₍₇₂₎	0,255
No	16,43 _(7,15)		
Consumo de sustancias			
Si	17,86 _(7,24)	-1,12 ₍₇₂₎	0,265
No	15,93 _(7,29)		
Dejaría Trabajo Sexual			
Si	17,21 _(7,33)	-0,90 ₍₇₂₎	0,370
No	12,50 _(0,71)		

En cuanto a la relación con otras variables del trabajo sexual, los análisis correlacionales expuestos en la tabla 43, nos indican que existe relación de signo negativo entre la puntuación en CS y la edad de la primera masturbación ($r=-0,30$; $p=0,008$) y también con el porcentaje de uso del preservativo en sexo oral con los clientes ($r=-0,27$; $p=0,021$). Sin embargo no hemos encontrado relación entre la variable CS y la edad de inicio en las relaciones sexuales personales ($r=-0,06$; $p=0,616$), tiempo

como trabajador sexual ($r=0,17$; $p=0,160$), porcentaje de uso de preservativo en sexo vaginal ($r=-0,14$; $p=0,420$), sexo anal insertivo ($r=0,04$; $p=0,716$) o receptivo ($r=0,06$; $p=0,616$), uso del preservativo con la pareja personal ($r=0,15$; $p=0,422$) o con la última pareja estable ($r=0,00$; $p=0,979$), puntuación en información sobre vías de transmisión de VIH ($r=-0,09$; $p=0,445$), riesgo percibido ante una posible infección por VIH en el ejercicio del trabajo sexual ($r=0,16$; $p=0,177$), temor ante esa posible infección ($r=0,04$; $p=0,724$), cuidados de salud ($r=-0,07$; $p=0,561$), satisfacción con la vida en general ($r=-0,09$; $p=0,430$) y grado de satisfacción con su actividad profesional ($r=-0,03$; $p=0,781$).

Tabla 43: Correlaciones entre CS, BSS y otras variables del trabajo sexual

		CS	BSS
Tiempo ejercicio	r	0,17	-0,03
	p	0,160	0,762
Primera Masturbación	r	-0,30	-0,09
	p	0,008	0,389
Primera relación	r	-0,06	-0,24
	p	0,616	0,026
% Condón oral clientes	r	-0,27	-0,15
	p	0,021	0,173
% Condón vaginal clientas	r	-0,14	-0,22
	p	0,420	0,155
%condón anal insertivo clientes	r	0,04	0,00
	p	0,716	0,996
% Condón anal receptivo clientes	r	0,06	0,07
	p	0,616	0,568
Preservativo Pareja	r	0,15	-0,06
	p	0,422	0,724
Preservativo Última pareja	r	0,00	0,07
	p	0,979	0,611
Información VIH	r	-0,09	0,02
	p	0,445	0,817
Riesgo percibido	r	0,16	0,09
	p	0,177	0,399
Temor percibido	r	0,04	0,00
	p	0,724	0,963
Cuidado salud	r	-0,07	-0,05
	p	0,561	0,628
Satisfacción vida	r	-0,09	-0,05
	p	0,430	0,635
Satisfacción profesional	r	-0,03	0,02
	p	0,781	0,816
CS	r	1	0,35
	p		0,003
BSS	r		1
	p		

Por último, hemos encontrado que existe relación de signo positivo entre la puntuación total en la escala de CS y la puntuación en la escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales (BSS) ($r=0,35$; $p=0,003$) (tabla 43).

11.2.4.2 BÚSQUEDA DE SENSACIONES SEXUALES

En la tabla 44 podemos observar que según los análisis realizados de ANOVA no hallamos diferencias estadísticamente significativas según la BSS en ninguna de las variables sociodemográficas analizadas de los TMS: nivel educativo ($F=0,82$; $p=0,484$), país de origen ($F=1,69$; $p=0,192$), creencias religiosas ($F=0,64$; $p=0,529$) y orientación sexual ($F=0,59$; $p=0,558$). No obstante, la BSS parece ser mayor en los trabajadores sexuales españoles que en los que proceden de Latinoamérica o del resto de Europa.

Tabla 44: ANOVA para Búsqueda de Sensaciones Sexuales

	\overline{BSS} $\bar{x}_{(DT)}$	F	p
Nivel de Estudios			
Ninguno	20,50 _(3,53)	0,82 _(3,67)	0,484
Básicos	27,30 _(5,21)		
Secundaria	28,04 _(6,95)		
Universitarios	26,93 _(7,91)		
País de Origen			
España	34,67 _(4,93)	1,69 _(2,84)	0,192
Latinoamérica	27,31 _(6,94)		
Europa	27,3 _(6,11)		
Religión			
Católicos	27,98 _(6,62)	0,64 _(2,82)	0,529
Otras religiones	25,82 _(7,21)		
Ateos	27,71 _(7,54)		
Orientación Sexual			
Heterosexual	29,2 _(7,61)	0,59 _(2,83)	0,558
Bisexual	26,33 _(5,99)		
Homosexual	27,77 _(7,05)		

Por lo que respecta a las prueba t realizadas, en la tabla 45 podemos comprobar que no existen diferencias estadísticamente significativas según la puntuación en BSS

en abuso sexual en la infancia ($t=-0,79$; $p=0,436$), haberse realizado la prueba del VIH ($t=0,78$; $p=0,436$), haber padecido alguna ITS ($t=-1,03$; $p=0,305$), consumo de sustancias ($t=-0,38$; $p=0,705$) y abandono del trabajo sexual en caso de tener oportunidad ($t=-0,46$; $p=0,644$). Aún así, como se observa en tabla 45, las puntuaciones fueron ligeramente mayores en los que sufrieron abuso sexual, los que no se habían realizado las pruebas del VIH, los que habían padecido alguna ITS y aquellos que dejarían el ejercicio del trabajos sexual.

Tabla 45: Análisis diferencial BSS y aspectos del TS

	BSS $\bar{x}_{(DT)}$	$t_{(gl)}$	p
Abuso Sexual			
Si	28,65 _(6,61)	-0,79 ₍₈₄₎	0,436
No	27,25 _(7,06)		
Prueba VIH			
Si	27,32 _(6,91)	0,78 ₍₈₄₎	0,436
No	29,80 _(6,06)		
Infección de ITS			
Si	28,76 _(7,46)	-1,03 ₍₈₅₎	0,305
No	27,08 _(6,62)		
Consumo de sustancias			
Si	27,86 _(6,55)	-0,38 ₍₈₄₎	0,705
No	27,28 _(7,43)		
Dejaría Trabajo Sexual			
Si	27,64 _(6,97)	-0,46 ₍₈₅₎	0,644
No	26,00 _(4,76)		

Al analizar la posible relación entre la BSS y otras variables del trabajo sexual, la tabla 43 nos muestra que existe relación de signo negativo entre la puntuación total en la escala de BSS y edad de la primera relación sexual con otra persona ($r=-0,24$; $p=0,026$). Aquellos TMS más buscadores de sensaciones sexuales se iniciaron antes en sus prácticas sexuales con otra persona.

Sin embargo, en la misma tabla 43, comprobamos que no aparece relación entre la puntuación total de los TMS en la escala de BSS y edad de la primera masturbación ($r=-0,09$; $p=0,389$), tiempo de ejercicio como trabajador sexual ($r=-0,03$; $p=0,762$), uso

del condón con las personas usuarias tanto en sexo oral ($r=-0,15$; $p=0,173$) como en vaginal ($r=-0,22$; $p=0,155$), anal insertivo ($r=0,00$; $p=0,996$) o anal receptivo ($r=0,07$; $p=0,568$), uso del condón con la pareja estable ($r=-0,06$; $p=0,724$) o con la última relación personal estable ($r=0,07$; $p=0,611$), información sobre las vías sexuales de transmisión del VIH ($r=0,02$; $p=0,817$), riesgo ($r=0,09$; $p=0,399$) y temor ($r=0,00$; $p=0,963$) percibido ante una posible infección por VIH, cuidados de salud de los TMS ($r=-0,05$; $p=0,628$) y valoración tanto de su vida en general ($r=-0,05$; $p=0,635$) como de su actividad profesional ($r=0,02$; $p=0,816$).

Como hemos visto, no parecen existir grandes diferencias en las distintas variables exploradas, tanto a nivel sociodemográfico como de varios aspectos relacionados con el ejercicio del trabajo sexual, según la puntuación total en la escala de CS y en la de BSS. La CS presenta una relación negativa con la edad de la primera masturbación de los TMS y con el uso del preservativo en sexo oral con los clientes. Por otra parte, una mayor puntuación en BSS se relaciona tan solo con un inicio más temprano en las relaciones sexuales personales de los trabajadores sexuales.

CAPÍTULO 12.

DISCUSIÓN Y

CONCLUSIONES

CAPÍTULO 12. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Intentar conocer la realidad que acompaña a un determinado colectivo social no siempre es sencillo. Y menos todavía cuando queremos explorar una población en riesgo de exclusión social al ser víctima de estigmas, prejuicios e ideas preconcebidas por parte de un amplio sector de la población. A lo largo de este estudio hemos querido escuchar a los Trabajadores Masculinos del Sexo, puesto que *“aquellos en quienes recaen las prohibiciones, aquellos a los que la historia mantiene firmemente atrapados en sus redes, deben hablar por sí mismos”* (Stimpson, 1982, p. 281). Con ello hemos pretendido avanzar hacia la visibilidad de los hombres que ejercen el trabajo sexual y que durante años han estado ocultos, y todavía siguen estándolo en gran medida.

Pero antes de avanzar en las conclusiones, somos conscientes de que esta tesis doctoral presenta algunas limitaciones. La primera radica en el tamaño de la muestra. Pero haber conseguido la colaboración de 100 TMS y de los cuatro pisos donde se ejercía el trabajo sexual en las dos ciudades donde se ha realizado el trabajo de campo, supone un gran logro dadas las características de la población estudiada y la dificultad de acceso y de motivación para participar en este tipo de estudios. Además, en la bibliografía científica revisada, solamente hemos encontrado una decena de publicaciones que igualan o superan este número de participantes.

Por otro lado, dada la gran diversidad que acompaña a este colectivo en lugares de ejercicio (calle, Internet, pisos, locales...), otra de las limitaciones es el hecho de centrarnos de manera exclusiva en TMS que ejercen en pisos gestionados por terceras personas. Sin embargo, una de las críticas que siempre se ha hecho a los estudios con población de TMS es que, mayoritariamente, se han enfocado en población que ejerce en espacios físicos abiertos, especialmente en calle (Minichiello et al., 2002). Investigaciones con el tipo de muestra de nuestro estudio permiten ampliar la visión de lo que significa el trabajo sexual ejercido por hombres. Asimismo, los resultados obtenidos en nuestra investigación permitirán establecer comparaciones con otros grupos de TMS que ofertan sus servicios en otros espacios y poder proponer estrategias diferenciadas y adaptadas a cada uno de ellos.

Por último, aunque por medio de los análisis diferenciales hemos obtenido mucha información sobre diferentes aspectos del trabajo sexual dentro de los TMS que ejercen en pisos gestionados por otros, se hace necesario seguir explorando otros a los

que dadas las características de nuestra población no hemos podido acceder. Así, por ejemplo, diferentes estudios (SPNS, 2005; Zaro et al., 2007) muestran de una manera muy amplia los países de procedencia de los TMS inmigrantes, resaltando especialmente, países del Este de Europa, Latinoamérica y el Magreb. En nuestro estudio no ha participado ningún TMS procedente de países árabes. Además, recordemos que solamente el 5% eran TMS españoles. Sería interesante poder ampliar la población de TMS españoles y también de otros países y comprobar si con un número más amplio de participantes existen otras diferencias en la manera de “vivir” el trabajo sexual.

A pesar de esto, con esta investigación hemos realizado una radiografía de la situación del trabajo sexual ejercido por hombres en un momento determinado. Además, dada la movilidad temporal y geográfica que presentan los TMS (“hacer plaza”) esta visión es extensible a todo el territorio nacional. En definitiva, a pesar de las limitaciones que acabamos de exponer, creemos que nuestro estudio constituye una sólida aportación al análisis de la realidad de este complejo colectivo.

La primera conclusión que podemos establecer de nuestra investigación, como ya se puso de manifiesto en el marco teórico, es la dificultad de generalización de los resultados obtenidos (Pons, 2004; West y de Villiers, 1993). Esta dificultad de generalización viene dada, en gran medida, por el hecho de que el colectivo de TMS es un grupo muy heterogéneo y de escasa visibilidad (Zaro et al., 2007). De hecho, con cada uno de los aspectos que vamos a ir exponiendo en estas conclusiones, comprobaremos la diversidad existente en el colectivo de TMS. Esta heterogeneidad es la que va a marcar cada aspecto de su vida profesional, desde la motivación de iniciarse en ella hasta los motivos por los que pueden dudar sobre el uso del preservativo con un cliente. Además, al contrario de lo que ocurre con las trabajadoras del sexo o con las personas transexuales que ejercen el trabajo sexual, los TMS carecen de una conciencia grupal que les permita identificarse con unas características compartidas (Zaro et al., 2007).

Posiblemente, esta variabilidad la podemos observar de una manera clara en las *características sociodemográficas del colectivo de TMS*. Así, aunque nuestro estudio confirma, en la línea de otros estudios (Ballester y Gil, 1996; Kong, 2008; Zaro et al., 2007) la juventud de los TMS, hemos comprobado que la edad de ejercicio de los TMS

se ha ampliado ligeramente. Nuestros participantes oscilan en un **rango de edad** entre los 18 y los 35, lo que apoya la idea de otros estudios que concluyen que la edad de los hombres que ejercen el trabajo sexual se ha ampliado hasta los 30 años (Mimiaga et al., 2008a; Minichiello et al., 2002; Zaro et al., 2007). Pero como la juventud parece ser una característica fundamental en este ámbito, puesto que los clientes sienten preferencia por los TMS de menos edad o de aspecto más añado, es posible que los TMS de mayor edad tengan una mayor dificultad para conseguir clientes y se esfuercen más en el cuidado de su cuerpo y de su imagen corporal para poder competir con los TMS más jóvenes.

Si una de las críticas que se puede realizar a la literatura existente sobre estudios con población de TMS es que se han centrado fundamentalmente en calle, otra de ellas podría ser que los estudios pasan por alto aspectos personales de los TMS que podrían estar influyendo en cómo viven el ejercicio de su actividad profesional. Así, pocas investigaciones hacen referencia al **nivel de estudios** de este colectivo. Aunque podríamos pensar que, en general y, debido a sus experiencias vitales, los TMS tienen un nivel de estudios muy bajo, nuestros resultados van en contra de una de nuestra hipótesis de partida. Así, vemos que más del 97% de los participantes tiene algún nivel educativo finalizado e, incluso, muchos de ellos han comenzado o, incluso, han finalizado sus estudios universitarios. A pesar de esto, observamos que el nivel cultural de nuestra población es medio.

Analizar las diferencias existentes según el nivel de educación de los TMS nos permite concluir que los trabajadores sexuales que no tenían estudios son los que presentan un mayor temor a una infección en el ejercicio de su actividad profesional, por lo que todos ellos informaron realizarse la prueba del VIH. Quizás en esta decisión esté influyendo que los que no tienen estudios son los que menos usan el preservativo en sexo oral con los clientes. Además, son los que más información tienen sobre las vías de transmisión del VIH. Por otra parte, en general, con independencia del nivel de estudios, todos mostraron una disminución del uso del preservativo con sus parejas personales. Por tanto, la formación constituye una importante variable.

Por otro lado, hemos observado cómo el crecimiento de los movimientos migratorios mundiales también ha llegado al ámbito del trabajo sexual, produciéndose un aumento continuado de **TMS procedentes de otros países** que ejercen su actividad

en España (Agustín, 2001; Belza et al., 2001; SPNS, 2005; Zaro et al., 2007) hasta llegar a al 95% de hombres extranjeros en nuestro estudio. Llama la atención que mayoritariamente proceden de Latinoamérica, especialmente de Brasil. Estas diferencias de procedencia hacen que los TMS tengan culturas, valores, creencias y prejuicios muy distintos entre sí, aspectos a tener en cuenta a la hora de proponer intervenciones y acciones de prevención del VIH tanto en su actividad profesional como en sus relaciones personales (Belza et al., 2001). En definitiva, la importancia que en el colectivo de TMS podría tener el país de origen no es tanto por el país en sí, sino por la cultura y los códigos morales asociados a cada país en la manera de vivir la sexualidad y otros aspectos de la vida, que podrían estar influyendo en conductas relacionadas con la salud, como los prejuicios asociados al uso del preservativo o la adopción de roles que implican un mayor riesgo de infección por VIH.

Pero estas implicaciones que la cultura y las **creencias religiosas** pueden tener, también se han ignorado en investigaciones anteriores. En nuestro estudio, la mayoría de los participantes se declaraban católicos no practicantes, aunque también es importante el número de TMS que sí eran practicantes o creyentes en otras religiones. Pero nuestros resultados no nos permiten corroborar, de entrada, la idea de algunos estudios (Belza et al., 2001; Romero y Grupo EPI-VIH, 2004) sobre la importancia que puede tener la moral asociada según la procedencia en el mantenimiento de prácticas de riesgo en los TMS o en la manera de experimentar el trabajo sexual. Es cierto que la motivación económica para el ejercicio del trabajo sexual parece ser más común entre los TMS inmigrantes, hecho que les puede llevar al mantenimiento de prácticas sexuales desprotegidas cuando el cliente les ofrece una cantidad de dinero “extra”. Aunque, en el caso de la población de TMS que ejerce en pisos gestionados por terceros, sea el encargado quien lleva a cabo la negociación del servicio y del pago, en ocasiones el cliente puede ofrecer dinero al trabajador sexual una vez dentro de la habitación para realizar otro tipo de servicios diferentes a los pactados con el encargado.

Además, los europeos son los que más prácticas sexuales desprotegidas realizan puesto que son los que menos se niegan a realizar prácticas sin condón con los clientes. Pero es interesante observar cómo éstos son los que menos se realizan la prueba de detección de anticuerpos, tal vez porque a pesar de esto fueron los que informaron de un mayor uso del preservativo con los clientes. Además, posiblemente no se perciben en

riesgo de infección o no le den importancia a las prácticas desprotegidas que puedan realizar por lo que no se plantean realizarse la prueba del VIH.

En cuanto a la influencia de las creencias religiosas, no parece ser una variable fundamental a la hora de establecer estrategias de prevención de VIH o ITS, aunque es destacable que a la hora de adoptar un rol pasivo en una penetración anal (que supone uno de los mayores riesgos de infección por VIH si no se utiliza preservativo), los menos reacios son los católicos y los ateos. Sobre todo llama la atención cuando el uso del preservativo prácticamente es el mismo en todos los grupos. Aquí sí que es posible que la moral asociada a la religión esté influyendo en la adopción del rol pasivo (el ser penetrado), por la concepción que sobre la masculinidad y la feminidad tienen ciertas religiones (Zaro et al., 2007). Las creencias y la moral que cada uno de los chicos asume según su cultura hace que la demostración de su masculinidad vaya unida tanto al rol que adoptan en una relación sexual con sus clientes como a la aceptación del uso del preservativo en sus relaciones sexuales comerciales (SPNS, 2005; Zaro et al., 2007).

Por otro lado, la mayoría de los TMS comenzó a dedicarse a esta actividad cuando llegó a España, como medio de subsistencia. Pero, sean o no inmigrantes, la **motivación económica** es el principal motivo que indicó la mayoría de TMS para dedicarse al trabajo sexual. Nuestro estudio va en la misma línea de otros anteriores en los que, si bien también podemos encontrar otras motivaciones, la fundamental es siempre la necesidad económica (Ballester y Gil, 1996; Mimiaga et al., 2008a; Pinedo, 2008a; Weisberg, 1985; West y Villiers, 1993).

Si tenemos en cuenta no solo las variables en las que hemos encontrado diferencias significativas a nivel estadístico, si no también otras variables de nuestro trabajo que, sin serlo, resultan importantes, según el país de origen podríamos caracterizar a los *TMS españoles* como los que han padecido mayor índice de abuso sexual en la infancia, los que más se llaman a sí mismos “trabajador sexual”, los que menos argumentan una necesidad económica para el ejercicio de esta actividad, los que menos creen que cuidan su salud, los que más riesgos perciben en el ejercicio del trabajo sexual, especialmente el temor ante una infección, los que más temen a la infección por VIH, los que más felaciones realizan a sus clientes y los que menos permiten que el cliente eyacule en su boca, los que más usan el condón con sus parejas no comerciales, los que más ITS han padecido y los que menos satisfechos se

encuentran con su actividad pero aún así los que más se mantendrían en la misma durante algún un tiempo.

Por su parte, de los *TMS del resto de Europa* podríamos decir que son los que mayoritariamente se dedicaban al comercio sexual en su país (en comparación con el grupo de latinoamericanos), los que más justifican ejercer el trabajo sexual para ganar dinero, a los que más demandan sus clientes penetración anal y vaginal, los que menos riesgos perciben en su actividad, los que menos se niegan a realizar prácticas sin protección y a adoptar un rol pasivo en sus relaciones sexuales y, en consecuencia, los que menos realizan penetración anal receptiva, los que menos informan haber padecido una ITS, los que menos se han realizado la prueba de anticuerpos para el VIH y los que peor información tienen sobre las vías de transmisión, los que menos riesgo de infección perciben, los que menos utilizan el preservativo con sus parejas personales y los que mejor valoran su actividad profesional, aunque todos ellos la abandonarían de manera inmediata.

Por último, en cuanto a los *TMS latinoamericanos* diríamos que son los que menos informan de abusos sexual en la infancia, los que menos se consideran “trabajador sexual”, comenzaron a ejercer una vez salieron de su país, los que más creen cuidar su salud, son a los que los hombres más les solicitan sexo oral pero a los que las mujeres menos les demandan coito vaginal, los que menos temen a alguna infección durante el intercambio sexual con sus clientes, los que más se niegan a realizar prácticas sexuales sin condón, aunque los que más permiten que el cliente eyacule en su boca, los que menos usan el condón en sexo oral, los que menos se niegan a adoptar un rol pasivo, los que más se han realizado la prueba del VIH y los que más satisfechos se sienten con su vida en general.

Ya hemos comentado que la mayoría de los inmigrantes no se dedicaba al trabajo sexual en sus países de origen. Muchos de los TMS se iniciaron en esta actividad como un medio de conseguir dinero, considerándolo como algo temporal, aunque la dificultad de acceso a otras salidas profesionales les hace mantenerse en el trabajo sexual durante años. Pero hemos visto que aquellos TMS que llevan más tiempo como trabajador sexual son los inmigrantes que ya ejercían en su país de origen. En relación al **tiempo de ejercicio** comprobamos en nuestro estudio que con respecto al uso del preservativo con las personas usuarias se produce una relajación en su

utilización conforme aumenta el tiempo que se dedican a esta actividad. Este hecho nos hace plantearnos la eficacia que podría tener un programa de educación de pares sobre prevención de VIH en este el colectivo estudiado. A partir de esto y tal como sugieren Parson et al. (2004), hay que seguir investigando en la efectividad de la educación de pares en el colectivo de TMS

En nuestro estudio también hemos indagado algunos aspectos relacionados con la *historia sexual* de los trabajadores sexuales. Así, hemos comprobado que el colectivo de TMS no es más precoz que otros grupos de población en el **inicio de sus relaciones sexuales**, teniendo su primera masturbación durante la preadolescencia y siendo su inicio en las relaciones sexuales con otra persona en la adolescencia. Algunos estudios indican que la población general piensa que los hombres que ejercen esta actividad fueron muy precoces en sus relaciones sexuales personales (Ballester y Gil, 1996), pero con los resultados de nuestro estudio, no podemos afirmar que esta idea sea cierta.

Un aspecto que tradicionalmente se ha tratado en algunos estudios sobre trabajo sexual es la relación entre haber sido víctima de un **abuso sexual** durante la infancia y la adolescencia y dedicarse al trabajo sexual en la vida adulta (Ballester y Gil, 1996; Jordan, 2005; McMullen, 1987; Mimiaga et al, 2008a; Mimiaga et al, 2008b; Pinedo, 2008a; West y Villiers, 1993). Ya hemos visto a lo largo del marco teórico que las conclusiones de los diferentes estudios no son clarificadoras, encontrando investigaciones que defienden una relación causal y autores que no encuentran relación entre la victimización temprana y el ejercicio del trabajo sexual. Aunque el porcentaje de abuso sexual en la infancia es nuestra población fue del 23%, nuestros resultados no nos permiten concluir que exista una relación directa entre ambas variables, con lo que queda abierta la discusión al respecto. Futuras investigaciones podrán clarificar la posible relación entre ambas variables.

Pero, en los últimos años, la literatura científica está cambiando el núcleo de análisis en la posible relación entre abuso sexual en la infancia y el trabajo sexual. En la actualidad parece más efectivo, a la hora de establecer estrategias de intervención con población de personas que ejercen el trabajo sexual, analizar la existencia de relación entre abuso sexual y el mantenimiento de conductas sexuales de riesgo y no buscar una explicación del ejercicio del trabajo sexual como consecuencia del trauma del abuso sexual.

En este sentido, con nuestros resultados hemos comprobado que haber sido víctima de un abuso sexual en la infancia no parece ser un indicador para la realización de conductas sexuales de riesgo con los clientes hombres, aunque sí es cierto que el uso del condón con las clientas mujeres es menor entre aquellos que sufrieron abuso. También es llamativo el hecho de que el mayor porcentaje de abuso lo informaron los TMS españoles, homosexuales y con un nivel bajo de estudios. Pero dado el bajo número de participantes de nuestro país, debemos ser cautelosos con estas conclusiones.

Otra característica que ha sido ampliamente explorada es la **orientación sexual** de los TMS. Si hasta hace unos años se consideraba que todos los hombres que ejercían el trabajo sexual eran heterosexuales (Butts, 1947; Coombs, 1974; Deischer et al., 1969; Ginsberg, 1967; Reiss, 1961), estudios más actuales indican que este sector de la población está formado por hombres que se definen como homosexuales, pero también, aunque en menor medida, por otros que se consideran bisexuales o heterosexuales (Allen, 1980; Ballester y Gil, 1996; Belza et., 2001; Meroño y Benjumea, 2000; Minichiello et al., 2002; Zaro et al., 2007). Este cambio en cuanto a la orientación sexual de los TMS, que también aparece en nuestra población, puede venir dado por la progresiva apertura social que estamos viviendo en relación a la homosexualidad. Aunque también podría ser posible que esta mayor apertura social hacia la homosexualidad conllevara una menor demanda de trabajo sexual homosexual.

Pero todos estos estudios se han quedado en una mera descripción de la orientación sexual de los TMS. Con nuestro estudio hemos ido un paso más allá al analizar las posibles diferencias según la orientación sexual en aspectos relacionados con el trabajo sexual y el mantenimiento de prácticas sexuales de riesgo. Esta variable de historia sexual no parece estar influyendo en el uso del preservativo ni con las parejas comerciales ni con las personales, aunque todos los grupos dijeron utilizar menos el preservativo con sus parejas no comerciales. En general, también lo utilizaban menos en sexo oral que en penetración. Por otro lado, los TMS homosexuales son los que perciben un mayor riesgo de infección por VIH durante el ejercicio de su actividad profesional, lo que es llamativo puesto que los tres grupos presentan un nivel similar en cuanto a información sobre la transmisión de VIH y en el uso del preservativo con sus clientes.

Pero los TMS heterosexuales se niegan a adoptar ciertos roles considerados femeninos, como un rol pasivo en una penetración anal. También son los que realizan con mayor frecuencia coito vaginal, aunque fueran los homosexuales los que más informaron de demanda de penetración vaginal por parte de las clientas mujeres. Es posible que esto sea debido a que, por un lado, las personas usuarias no se plantean la orientación sexual de los TMS, sino que estas personas pagan por recibir placer con independencia de los gustos del trabajador sexual con el que mantienen el intercambio sexual. Por otro lado, algunos TMS homosexuales se niegan a mantener relaciones con mujeres, puesto que en su opinión su respuesta sexual no es la misma que con los hombres, por lo que posiblemente acaben dándole placer a la mujer por medio de otras prácticas sexuales, aunque ésta en un principio solicitara la penetración. Además, son los heterosexuales quienes justificaban en mayor medida el ejercicio de esta actividad como consecuencia de una necesidad económica, haciendo especial hincapié en que si mantenían relaciones con clientes hombres era por necesidad y no placer. Pero es necesario aclarar que el porcentaje de TMS que informaron que se dedicaban al trabajo sexual como medio para obtener pacer sexual no fue significativo y siempre iba unido a la motivación económica.

Por otro lado, aunque en nuestro estudio hemos seguido un modelo tradicional en cuanto a la categorización de la orientación sexual de los TMS, podemos decir que la orientación sexual de los trabajadores sexuales se desdibuja si nos fijamos en determinados aspectos. Así, aunque los TMS se definen en una de las tres categorías más convencionales, hemos visto cómo muchos de ellos tienen fantasías sexuales no coincidentes con la orientación que nos decían. Del mismo modo, muchos de los TMS mantenían relaciones sexuales con las personas usuarias que tampoco serían reflejo de la orientación sexual con la que se identificaban. En este sentido, y al hilo de lo propuesto por Guasch (2000), podríamos decir que la orientación sexual de las personas es cambiante a lo largo de la vida en función de las circunstancias que nos acompañan.

Otro de los bloques al que hemos prestado atención en nuestro estudio es el dedicado a diferentes aspectos relacionados con la *actividad profesional de los TMS*. Uno de estos aspectos es el tiempo dedicado al ocio y a mantener y cuidar sus relaciones sociales. Al igual que otros estudios (Zaro et al., 2007), hemos comprobado con nuestra investigación que el colectivo de TMS que ejerce su actividad en pisos gestionados por terceras personas trabaja todos o casi todos los días de la semana, teniendo únicamente

una o dos horas libres durante la mañana. El resto del día están disponibles para cualquier cliente que pueda pasar por el piso o llamar para solicitar un servicio en su domicilio o en un hotel. Como podemos imaginar, tanto esta limitación en cuanto a tiempo libre por un lado y, por otro, la movilidad que supone “hacer plaza” de un piso a otro y de una ciudad a otra, influye en que la posibilidad de establecer relaciones sociales duraderas y estables sea prácticamente nula. Así, el apoyo social que tienen los TMS se establece entre los propios chicos que hacen plaza en el mismo piso durante los días que coinciden trabajando en él.

Una de las limitaciones que les supone el hecho de tener una alta movilidad física y un tiempo libre limitado es la dificultad que manifiestan de mantener una **actividad física** continuada y controlada por profesionales en gimnasios y centros deportivos. A pesar de esto, siempre mantienen algún tipo de actividad física dentro de los pisos donde trabajan. Para ello aprovechan tanto sus horas libres como los momentos en los que no están ocupados con algún cliente.

Hemos observado que, aunque la valoración que hacen los trabajadores masculinos del sexo de su **estado de salud** es muy buena y mantienen, por lo general, conductas positivas en cuanto al cuidado de la misma, se hace necesario resaltar la necesidad de fomentar estrategias de prevención y de intervención relacionadas con el consumo de sustancias. De hecho, en general, los TMS dicen estar preocupados por su estado de salud por lo cual llevan a cabo chequeos médicos y otro tipo de cuidados, como mantener una alimentación variada y unas horas de sueño estables. Por otro lado, son muchos los que fuman tabaco y los que se consideran bebedores sociales de alcohol. Además, un alto porcentaje de ellos consume otro tipo de sustancias, sobre todo, las conocidas como drogas “blandas”. El hachís y la marihuana son dos sustancias que aparecen en los pisos con bastante normalidad. En general, todos los estudios que han entrevistado a TMS encuentran que el **consumo de sustancias** es común entre ellos (Ballester y Gil, 1996; Belza et al., 2001; Minichiello et al., 2002; Minichiello et al., 2003; West y Villiers, 1993; Zaro et al., 2007). A lo largo de nuestras entrevistas, algunos de los TMS más jóvenes nos han comentado que, aunque en la actualidad son consumidores de alguna sustancia, no lo eran antes iniciarse en el trabajo sexual. A pesar de esto, no podemos establecer una relación clara entre dedicarse al trabajo sexual en piso y ser consumidor de drogas, puesto que no todos los consumidores comenzaron a tomar drogas una vez iniciada en esta actividad.

Algo muy habitual en la actividad profesional de los TMS es el consumo de sustancias con los clientes (Mimiaga et al., 2008a), siendo la droga más consumida en este tipo de situaciones la cocaína. Esto lo comprobamos en nuestro estudio al encontrar que un 75% de los TMS dijo consumir cocaína con los clientes. El consumo de esta sustancia puede producirse tanto por el efecto euforizante como por la idea de que esta droga incrementa el deseo y la potencia sexual. Hemos de recordar que esta sustancia la consumen con aquellos usuarios que los TMS llaman “clientes de coca”, clientes que contratan los servicios de uno o varios trabajadores sexuales para varias horas durante las cuales alternan el consumo de sustancias con la actividad sexual.

En relación con el consumo de sustancias, otro de los elementos que pone de manifiesto nuestra investigación es la desaparición de las drogas inyectadas entre los TMS que ejercen en pisos gestionados por terceras personas. Este hecho es importante por dos motivos. En primer lugar, por la eliminación de la posibilidad de infección por VIH por vía parenteral ya que no se comparte el material de inyección. En segundo lugar, pone de manifiesto la diversidad que existe dentro del grupo de TMS en función del espacio en el que ejercen. Algunos estudios aún encuentran consumo de drogas inyectadas, así como intercambio de material de inyección, en TMS que ejercen en calle (Belza et al., 2001; Belza, 2005; Minichiello et al., 2002; Williams et al., 2006), lo que les hace más vulnerables a infectarse por VIH (Kuyper et al., 2004; Newman et al., 2004).

Pero según nuestros datos, en lo que se refiere al consumo de sustancias no parecen estar influyendo las variables demográficas (estudios, procedencia, creencias religiosas, etc.), variables de la historia sexual del TMS (edad de inicio en las relaciones sexuales, orientación sexual) otros aspectos del trabajo sexual como el tiempo como trabajador sexual o variables disposicionales como la compulsividad sexual o la búsqueda de sensaciones sexuales.

Sin embargo, el consumo de sustancias, especialmente la cocaína y las drogas “blandas”, está ampliamente extendido entre los TMS. Este consumo de sustancias tanto antes como durante y después de la actividad sexual con los clientes supone un riesgo más para el uso del preservativo (Timpson et al., 2007). A pesar de esto, los TMS no son conscientes del efecto que puede tener el consumo de drogas en la negociación del uso del condón y piensan que consumir alguna sustancia no les va influir a la hora de

utilizar el preservativo con sus clientes. En definitiva, parece evidente la necesidad de poner en marcha programas de reducción de riesgos adaptados a cada uno de los grupos existentes en el trabajo sexual.

A lo largo de todo este capítulo de conclusiones estamos haciendo referencia a la posible importancia que cada uno de los aspectos estudiados en el colectivo de TMS que ejerce en pisos gestionados por un encargado pues estar teniendo en el mantenimiento de prácticas sexuales de riesgo y la importancia de tener en cuenta estos factores a la hora de elaborar y diseñar estrategias sociosanitarias destinadas a esta población. Una de las variables más importantes que nos puede predecir el uso del preservativo es la *información que los TMS tienen sobre la infección* y sus vías de transmisión (Minichiello y Mariño, 2001).

En general, como se encontró en un estudio anterior (Meng et al., 2010) la información y el conocimiento de las conductas sexuales de riesgo con respecto al VIH que tienen los hombres que ejercen el trabajo sexual es bastante buena. Pero, aunque pocos, algunos de ellos tienen ideas equivocadas con respecto a ciertas prácticas de riesgo tanto por sobreestimación como por subestimación. Ya se ha comentado anteriormente que los errores por sobreestimación pueden provocar la insatisfacción del cliente si el TMS se niega a realizar una práctica creyendo que supone un riesgo de infección. Por su parte, los errores de subestimación pueden llevar al TMS a realizar prácticas de riesgo al creer que no lo son (Ballester y Gil, 1996).

Parece que esta buena información general que presentan los trabajadores sexuales de nuestro estudio va en consonancia con el alto porcentaje de **uso de preservativo** con las personas usuarias, especialmente en penetración vaginal y anal. La confusión que mostraron los trabajadores sexuales sobre el riesgo de infección que supone el sexo oral puede ser el motivo por el que el uso del condón en esta práctica sea algo menor. Aún así, el porcentaje de uso de preservativo que hemos encontrado (que recordemos ronda casi el 100% en penetración anal insertiva, receptiva y en vaginal) es mucho más alto que el hallado en otros estudios anteriores. Así, Ballester y Gil (1996) encontraron que solo el 70% de los TMS entrevistados utilizaba siempre el preservativo, Belza et al. (2001) informaron de que el uso del condón con los clientes era del 52%. Mimiaga et al. (2008) encontraron que el 50% mantuvo relaciones anales receptivas desprotegidas y el 31% insertivas sin condón. En el mismo sentido, Zaro (2009)

encontró que un 20% de los TMS mantenía esporádicamente sexo anal sin protección y De Cai et al (2009) informaron que solo el 37% de los participantes en su estudio confirmó un uso consistente del preservativo con los clientes.

Ante estas diferencias entre los estudios comentados y el nuestro, podrían existir dos razonamientos. En primer lugar, nuestros participantes ejercen en piso gestionado por una tercera persona que no permite el intercambio sexual cuando un cliente quiere mantener sexo sin preservativo con uno de los TMS que está haciendo plaza en su piso, mientras que el resto de estudios cuentan principalmente con hombres que ejercen el trabajo sexual en calle. Otra posible explicación, que no es incompatible con la anterior, es la propuesta por McKeganey (1994) y retomada por Zaro et al. (2007) que proponen que la información que los TMS proporcionan cuando se les pregunta por el uso del preservativo es la que se espera escuchar y se les transmite desde diferentes instituciones y asociaciones, pero que al profundizar un poco, este discurso se desmonta con bastante facilidad. Por este motivo, aunque el uso del preservativo puede ser bastante frecuente, no lo es tanto como nos informan los TMS ni tanto como debería.

Por otra parte, varios estudios ponen de manifiesto otras dos ideas relacionadas con el uso del preservativo. En primer lugar, la posible diferencia que pueden realizar los TMS según el intercambio sexual se produzca con un cliente desconocido o con uno habitual y conocido con el que ya se ha establecido cierto clima de confianza. Nuestra investigación no encuentra diferencias en este aspecto, al contrario de lo que plantean otros autores como Allman (1999) o Mi et al. (2007). Posiblemente en nuestros resultados esté influyendo el hecho de que algunos TMS utilicen el condón como una “barrera” ante clientes que les resultan desagradables o les parecen poco higiénicos, aunque estos sean ya conocidos (Browne y Minichiello, 1995; Smith y Seal, 2008; Zaro et al., 2007). A pesar de las diferencias encontradas en nuestra población en este aspecto, las consecuencias de mantener una relación sexual desprotegida con un cliente pueden ser muy graves tanto para el trabajador sexual y las parejas de su vida personal así como para el cliente y sus posibles parejas sexuales no comerciales.

En lo referente a la disminución del uso del preservativo con las parejas personales de los TMS, nuestro estudio, al igual que todos los que han analizado este aspecto (Bimbi, 2007; Bimbi y Parsons, 2005; Bloor et al., 1990; Estcourt et al., 2000; Joffe y Dockrell, 1995; Meroño y Benjumea, 2007; Pinedo, 2008b; Rietmeijer et al,

1998; Rojas, 2007), indica que los TMS mantienen más relaciones desprotegidas con sus parejas no comerciales que con sus clientes. Con nuestro estudio observamos que aunque la disminución del preservativo se produce en general en toda la población estudiada, ésta es especialmente evidente en los TMS con un nivel de estudios medio, procedentes de otros países europeos y entre los heterosexuales y bisexuales. El significado principal de no utilizar protección con su pareja íntima es fundamentalmente conseguir un grado de intimidad muy elevado, demostrándose amor y confianza, aunque en el caso de los heterosexuales también puede entenderse como un medio de reafirmar su heterosexualidad alejándola de los contactos sexuales con hombres en el ejercicio de su actividad profesional.

Pero es importante remarcar el peligro que supone esta diferencia general en la utilización de preservativo, puesto que por alto que sea el uso del preservativo con los clientes, la ausencia de preservativo en ciertas relaciones profesionales puede aumentar la infección por VIH o de otras ITS en la población general al ser mucho menor el uso de preservativo en sus relaciones personales (Bimbi y Parsons, 2005; Morse et al., 1991; Morse et al., 1992). Además, teniendo en cuenta que algunos de los TMS son heterosexuales o bisexuales y una parte de los clientes hombres tienen parejas personales mujeres, este uso menor del preservativo puede suponer un vía de transmisión del VIH para la comunidad heterosexual (Bimbi y Parsons, 2005).

Más arriba hemos comentado cómo la inmigración está modificando el panorama del trabajo sexual ejercido por hombres en nuestro país. Las altas tasas de TMS inmigrantes en situación irregular o los aspectos asociados a su cultura de origen dificultan en ocasiones que éstos se realicen las **pruebas de detección de anticuerpos** para el VIH. Según nuestros resultados, casi el 92% de los TMS se habían realizado esta prueba, un dato muy superior al encontrado por Zaro et al. (2007) que informaron que entre sus participantes se habían realizado el test el 58% de los TMS. Más cercanos a los nuestros son los resultados obtenidos en otros países como Australia, donde en el estudio de Minichiello et al. (2002) el porcentaje de TMS que se la habían realizado ascendía hasta el 88%. Por lo que respecta al índice de TMS que desconoce su estado serológico, nuestro estudio encuentra que son el 8% de los TMS. Pero otras investigaciones también muy recientes hallaron que este porcentaje llega al 34% (Parry et al., 2009).

Profundizando un poco más en este sentido, en nuestros participantes, aquéllos que más se han realizado el test de anticuerpos para el VIH son los que no tenían estudios, los TMS latinoamericanos, los creyentes en la religión católica y todos los homosexuales. En este último aspecto, puede estar influyendo que los programas de prevención de VIH con el colectivo de TMS se llevan fundamentalmente desde asociaciones y colectivos de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales, con los que los trabajadores sexuales homosexuales se pueden sentir más identificados que los heterosexuales que pueden ver estas acciones desde la distancia.

Por otro lado, en cuanto a la **tasa de infección** encontrada, tan solo es del 1%, frente a estudios anteriores que mostraban una tasa mucho más alta. Así, Timpson et al. (2007) informaron que el 76% de su población de TMS dio positivo en las pruebas, Zaro et al. (2007) en Madrid el 20%, Mimiaga et al. (2008a) encontraron un 38% de TMS infectados, Grandi et al. (2000) el 22% o West y de Villiers (1993) nos hablan del 21%. A pesar de estos datos, otros estudios encuentran una tasa de infección en población de hombres que ejerce el trabajo sexual más cercana a la de nuestra investigación. Por ejemplo, los estudios de Àmbit Prevenció (2000) en Barcelona o el de Pisani et al. (2004) fuera de nuestras fronteras encontraron una tasa de infección en torno al 4%. La diferencia con nuestros resultados puede deberse a que algunos de estos estudios los datos provengan de centros de salud o bien se trate de la prevalencia real, mientras que en nuestro estudio estos datos se han recogido por medio de autoinforme. En nuestra población puede haber TMS que estén infectados y no lo sepan, por no haberse realizado la prueba de detección de anticuerpos, u otros TMS que estando infectados no nos lo hayan dicho por miedo al estigma u otros motivos.

Esta variedad de datos sobre la tasa de infección en la población de trabajadores masculinos puede ser debida, como en otros aspectos ya comentados, a que la mayoría de estos estudios han contado con la participación de TMS que ejercen en calle. Hay que tener en cuenta que en este sector de TMS es aún mayor el consumo de sustancias y todavía hoy existe el consumo de drogas inyectadas. Además, estos resultados nos indican que sigue siendo necesaria una mayor investigación sobre VIH en la población de trabajadores sexuales y fomentar estrategias de prevención adaptadas a cada uno de los espacios y características diferenciadas de los hombres que ejercen en cada uno de ellos.

El todavía alto número de TMS que nunca se ha realizado la prueba de VIH pone en evidencia la necesidad de facilitar el acceso a los recursos sanitarios necesarios también adaptados a ciertas características, como la movilidad temporal y espacial que acompaña el trabajo sexual. La falta de continuidad a la hora de realizarse el test también viene dada por esta movilidad. Son muchos los que no saben dónde pueden acudir debido al desconocimiento sobre los recursos existentes en cada una de las ciudades por las que pasan. Además, necesitan ser conscientes de que el tiempo que pasan haciendo plaza es muy limitado y la espera de los resultados lleva un tiempo del que, en ocasiones, no disponen.

Por este motivo, es tan importante la labor que algunas ONGs están realizando con sus programas de prueba rápida del VIH, en colaboración con centros sanitarios para la confirmación de los positivos obtenidos. Es necesario que el equipo de profesionales responsables de estos proyectos reciba una formación amplia y adecuada tanto en sida como en situaciones de crisis ante la comunicación de un diagnóstico positivo para el VIH. Así, es urgente la creación de una red sanitaria con estrategias específicas que nos permitan acceder a este complejo mundo del trabajo sexual masculino alejándonos de las estructuras sanitarias convencionales (Tornero, Nafe y Castejón, 2008).

Por lo que respecta al resto de *ITS*, nuestro estudio coincide con otros de nuestro país como el de Meroño y Benjumea (2000) al encontrar que la tasa de TMS que han padecido una ITS es del 33%. Estudios de otros países también nos hablan de porcentajes similares (Mimiaga et al., 2008a). Otra coincidencia en la mayoría de estudios es que, a pesar del aumento de infecciones de sífilis entre el colectivo de HSH, la ITS más habitual en la población de TMS es la gonorrea (Meroño y Benjumea, 2000; Tomlison et al., 1991;). Si desgranamos el resultado obtenido en nuestra población de TMS podemos concluir que aquéllos que más han informado haber padecido alguna ITS fueron los que tenían estudios medios, españoles, creyentes en alguna religión diferente al Catolicismo, los bisexuales y heterosexuales y, como veremos a continuación, aquellos que puntúan más alto en compulsividad sexual.

En general, observamos una desinformación generalizada muy importante en lo referente a infecciones de transmisión sexual, siendo fundamental el desarrollo de programas de salud específicos para los TMS que vayan más allá del uso del

preservativo y hagan incidencia en la prevención de otras ITS en las que el uso del condón, aún siendo básico para la prevención de algunas de ellas, no lo es suficientemente en el caso de otras tantas, como sífilis, condilomas o herpes. Asimismo, también es necesario el establecimiento de nuevas formas de acceso a los recursos sanitarios adaptados a la realidad social de este colectivo y a su movilidad espacial que facilite la realización de chequeos médicos y la obtención de los tratamientos necesarios ante ciertas infecciones.

En otro orden de cosas, nuestra investigación ha incluido una parte en la que explorábamos las posibles diferencias que pudieran existir entre los TMS según dos *variables disposicionales*: la **compulsividad sexual (CS)** y la **búsqueda de sensaciones sexuales (BSS)**. Como ya se expuso en el marco teórico tan solo hemos encontrado dos estudios que indagaban estas dos variables, aunque dichos estudios se enfocaban hacia la posible relación existente entre ellas y el abuso sexual en la infancia (Parsons et al., 2001; Parsons et al., 2005). Nuestros resultados no muestran grandes diferencias en estas dos escalas y las variables demográficas u otras relacionadas con el ejercicio del trabajo sexual. Aún así, cabe destacar que aquellos TMS con una mayor puntuación en CS informaron de un menor uso del preservativo en sexo oral con los clientes. Por otro lado, y como era esperable, una mayor puntuación en la escala de BSS se asocia a un inicio más temprano en las relaciones sexuales personales. En definitiva, parece ser que estas dos variables disposicionales no parecen estar influyendo en la adopción de prácticas sexuales de alto riesgo ni con las personas usuarias de los servicios de los TMS ni con sus parejas personales. Aún así, se hace necesario seguir investigando éstas y otras variables de personalidad que puedan ayudar a una mejor comprensión de la realidad de los hombres que ejercen el trabajo sexual.

Por último, hemos comprobado que aunque la *valoración que los TMS hacen de su vida en general* es bastante buena, la *satisfacción con su actividad profesional* disminuye de manera notable. En este sentido, hemos comprobado que casi el 95% de los TMS abandonarían el ejercicio del trabajo sexual si tuvieran la oportunidad de hacerlo. Aún así, existe un 5% de ellos que se sienten satisfechos y disfrutan con su actividad profesional por lo que se mantendrían en la misma, al menos un tiempo más.

Pero aunque son la inmensa mayoría los que **abandonarían el trabajo sexual**, es sorprendente observar que aquellos TMS que se mantendrían en esta actividad son

los que tenían un nivel educativo más alto. Sin embargo, los que hicieron una valoración más alta de su situación personal fueron los que no tenían ningún estudio. Por país de origen los españoles son los que más continuarían ejerciendo el trabajo sexual, aunque son los que menos satisfechos se encuentran con su vida y con su actividad laboral. Estos datos algo contradictorios podrían deberse al bajo número de españoles y de TMS sin estudios de nuestra investigación. Para futuros estudios sería conveniente poder aumentar el número de TMS de estas categorías estudiadas, aunque como ya dijimos al comienzo de este capítulo, nuestros datos son una “radiografía” de la situación del trabajo sexual ejercido por hombres en un momento determinado y “forzar” el número de participantes para igualar los subgrupos podría formar una imagen no realista del colectivo estudiado.

Para finalizar estas conclusiones queremos hacer una breve mención a algunas de las *características de las personas usuarias* de los servicios ofertados por los TMS que ejercen en piso organizado. No podemos olvidar que, dadas las dificultades de acceso a los clientes, la información que hemos recogido al respecto viene marcada por la percepción subjetiva que los trabajadores sexuales tienen. La mayoría de los clientes que tienen los hombres que se dedican al trabajo sexual son también hombres. Las mujeres que buscan servicios sexuales son muy pocas. Se podría pensar que esto se debe al rol pasivo que tradicionalmente han ocupado las mujeres (Chauncey, 1982; Ballester y Gil, 1996; Guasch, 2000). Sin embargo, otra explicación tiene que ver con una diferente concepción de la sexualidad que asocia expresión de la sexualidad a confianza, seguridad, etc., aspectos que no proporciona un contexto sexual comercial. Por otro lado, el hecho de que la mayoría de personas usuarias de los servicios de los TMS sean hombres, lleva, en muchas ocasiones, a hablar, ya no de trabajo sexual ejercido por hombres, sino de trabajo sexual homosexual.

Es interesante comprobar que el rango de edad en el que se mueven los clientes de los TMS oscila mayoritariamente entre los 37 y los 56 años. Incluso algunos trabajadores sexuales hablan de clientes más jóvenes que rondan los 30 años y otros que dicen que tienen clientes que llegan a los 70 años. Como vemos, la idea de que los hombres que buscan servicios sexuales comerciales con otros hombres son personas mayores que ya no pueden encontrar parejas sexuales de otra manera, no es totalmente cierta. Por otro lado, tampoco podemos confirmar que, en general, los clientes sean personas homosexuales que lleven una doble vida, puesto que hay mucho cliente joven

que ha crecido en una sociedad más abierta con respecto a la homosexualidad. A pesar de esto, hemos de tener presente la homofobia latente que todavía hoy existe en nuestra sociedad, que hace que todavía muchos jóvenes no hayan aceptado su homosexualidad y la vivan de una manera oculta.

Los clientes que tienen los TMS que ejercen en pisos organizados suelen tener un buen nivel socioeconómico. Este hecho es llamativo ya que podemos suponer que las personas con un nivel adquisitivo medio-alto tienen mayor formación e información sobre muchos temas y también sobre vías de transmisión de VIH. Como propusieron Ballester y Gil (1996), supuestamente, estas personas deberían estar más concienciadas con la realización de prácticas sexuales de riesgo y, sin embargo, son ellos mismos los que incitan a los TMS a mantener relaciones sexuales desprotegidas, incluso ofreciéndoles más dinero. Además, con la incorporación de Internet y las nuevas tecnologías en nuestra rutina, los clientes más jóvenes tienen acceso a más información y de manera más rápida. Pero un mayor acceso a la información no significa que ésta siempre sea correcta. Por ejemplo, en Internet circulan muchas noticias falsas y rumores que nos pueden llevar a practicar conductas sexuales de riesgo sin ser conscientes.

En definitiva, a lo largo de este estudio hemos comprobado que no existe un perfil único del trabajador masculino del sexo. Algunos de los datos obtenidos con nuestro trabajo como los relativos al consumo de sustancias, al grado de uso del preservativo o a la tasa de infección por VIH, son muy distantes en algunos aspectos a los encontrados a los hombres que ejercen en otros espacios. Además, cada trabajador sexual tiene una historia personal diferenciada a la del resto de TMS. En este sentido, una de las características más evidentes es la inmigración o la vivencia del estigma y de su orientación sexual. La aparición de estos nuevos factores hace que las estrategias de prevención e intervención tanto en consumo de sustancias como en VIH y otras ITS se tengan que adaptar a estas nuevas realidades (Belza et al., 2001).

Por otro lado, aunque el uso del preservativo está muy extendido entre la población de TMS que ejercen en pisos gestionados por terceros, estos datos lo debemos tomar con cautela, ya que posiblemente su uso sea menor del que verbalizan. Además, es fundamental conseguir establecer estrategias de prevención de VIH y otras ITS que incluyan tanto a los trabajadores sexuales como a las personas usuarias de sus

servicios que suelen ser las que proponen el sexo sin protección, con el riesgo que esto conlleva tanto para el TMS como para las parejas no comerciales de los hombres que se dedican al trabajo sexual y para las parejas de los propios clientes.

A la hora de establecer estrategias de prevención de infecciones, de consumo de sustancias y de facilitación de acceso a los recursos sociales y sanitarios en esta población se ha de tener presente la movilidad del colectivo de TMS que ejerce “haciendo plaza” entre distintas ciudades. Pero también estas intervenciones han de incluir las características diferenciadas de este colectivo que hasta ahora se estaban ignorando. Así, hemos visto cómo es importante tener en cuenta algunos aspectos relacionados con la inmigración, las creencias religiosas personales de los TMS, el nivel educativo, su orientación sexual y algunas variables disposicionales y de personalidad.

Tenemos que ser capaces de encontrar estrategias de intervención y de prevención en el colectivo de trabajadores masculinos del sexo más eficaces, que supongan un cambio con respecto a las propuestas convencionales. Si conseguimos que el colectivo de TMS tenga una buena información sobre la infección por VIH y los concienciamos de la importancia y necesidad real de uso del preservativo así como de la realización de la prueba de anticuerpos, se convertirán en un eslabón fundamental en la cadena de acciones dirigidas a frenar la expansión del VIH hacia otros grupos.

Para ello es fundamental continuar abriendo nuevas vías de investigación que profundicen en los aspectos analizados en este trabajo como la inmigración, los valores personales o la orientación sexual, pero que también planteen la posible eficacia de los pares en la promoción de la salud entre los trabajadores sexuales, que analicen la influencia de las nuevas tecnologías en el mundo del trabajo sexual, que indaguen en la vivencia del estigma y la clandestinidad asociados a esta actividad y que exploren la influencia de las variables de personalidad de los TMS. Pero para conseguir avanzar en este sentido, es prioritario acercarse a la realidad de las personas que ejercen el trabajo sexual desde el rigor científico, alejándonos de planteamientos morales que, aunque siempre lícitos, nos separen de la objetividad que merece el tratamiento del trabajo sexual.

CAPÍTULO 13

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, D. (1980). Young male prostitutes: a psychosocial study. *Archives of Sexual Behavior*, 9, 399-426.
- Abramovich, E. (2005). Childhood sexual abuse as a risk factor for subsequent involvement in sex work: a review of empirical findings. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 17 (1), 131-146.
- Allman, D. (1999). *A pour Actes M pour Mutuels. Le travail du sexe au masculin et le sida au Canada*. Ottawa (Canadá): Santé Canada.
- Agustín, L. M. (2001). *Trabajar en la industria del sexo, y otros tópicos migratorios*. San Sebastián: Hirugaren Prentsa.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), pp. 179-211.
- Anderson, S. A. (2002). Prostitution and Sexual Autonomy: Making Sense of the Prohibition of Prostitution. *Ethics*, 112, 748-780.
- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3^a edición). Washington, DC, EE. UU. American Psychiatric Association.
- Ardila, R. (2008). *Homosexualidad y Psicología*. Bogotá: Manual Moderno.
- Ashford, C. (2009). Male sex work and the Internet effect: time to re-evaluate the criminal law?. *Journal of Criminal Law*, 73, 258-280.
- Ashton, M., Sopwith, W., Clark, P., McKelvey, D., Lighton, D. y Mandal, D. (2003). An outbreak no longer: factors contributing to the return of syphilis in Greater Manchester. *Sexually Transmitted Infections*, 79, 291-293.
- Azize, Y. (2004). Empujar las fronteras: mujeres y migración internacional desde América Latina y el Caribe. En R. Osborne (Ed.). *Trabajador@s del sexo*. Barcelona: Bellaterra.

- Bacon, O., Lum, P. y Hahn, J. (2006) Commercial sex work and risk of HIV infection among young drug-injecting men who have sex with men in San Francisco. *Sexually Transmitted Diseases*, 33, 228-234.
- Ballester, R. y Gil, M. D. (1994). Salud sexual: Análisis del comportamiento sexual de adolescentes, jóvenes y adultos en la Comunidad Valenciana. *Análisis y Modificación de Conducta*, 69, 111-138.
- Ballester, R. y Gil, M. D. (1995). Homosexualidad: comportamientos, deseos y fantasías. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 263-284.
- Ballester, R. y Gil, M. D. (1996). *Prostitución Masculina. Estudio psicosocial en nuestro contexto*. Valencia: Promolibro.
- Ballester, R. y Gil, M.D. (1997). Información, actitudes y conductas de riesgo en torno al SIDA en homosexuales/bisexuales prostitutos y no prostitutos. *IV Congreso Nacional sobre el SIDA*, Valencia, 1-3 Abril. pp.106.
- Ballester, R., Gil, M. D., Gómez, S. y Ruiz, E. (2010). [La Escala de Compulsividad Sexual (SCS): adaptación y validación en población española.] Datos en bruto no publicados.
- Bayés, R. (1995). *Sida y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca.
- Belza, M. J., Llácer, A., Mora, R., Morales, M., Castilla, J. y de la Fuente, L. (2001). Sociodemographic characteristics and HIV risk behaviour patterns of male sex workers in Madrid, Spain. *AIDS Care*, 13(5), 677-682.
- Belza, M. J. (2005). Risk of HIV infection among male sex workers in Spain. *Sexually Transmitted Infection*, 81, 85-88.
- Belza, M. J., Vallejo, F., Suárez, M., de la Fuente, L., López, M., Álvarez, R. y García, M. (2007). Características del uso de la prostitución en España. Resultados de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. *X Congreso Nacional sobre el SIDA*. Donostia – San Sebastián, 6-8 junio. 138.
- Benjamin, H. y Masters, R. (1964). *Prostitution and morality*. New York: Julian Press.

- Benjumea, F., García, I., Menoyo, C., Novoa, V., Sancho, R. y Villegas, L. (2002). *Prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en hombres que ejercen la prostitución*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Bermúdez, M. P., Teva, I. y Buela-Casal, G. (2009). Influencia de variables sociodemográficas sobre los estilos de afrontamiento, el estrés social y la búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes. *Psicothema*, 21 (2), 220-226.
- Bimbi, D. S. y Parsons, J. (2005). Barebacking among Internet based male sex workers. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 9(3-4), 85-105.
- Bimbi, D. S. (2007). Male Prostitution: Pathology, Paradigms and Progress in Research. *Journal of Homosexuality*, 53(1), 7-35.
- Bimbi, D. S. (2008). Beyond “vectors of transmission” through commercial sex: Exploring models of sexual risk taking with clients and casual partners among internet based sex workers. *Dissertation Abstracts International*, 68, 7706.
- Bindman, J. (2004). Trabajadoras/es del sexo, condiciones laborales y derechos humanos: problemas “típicos” y protección “atípica”. En R. Osborne (Ed.). *Trabajador@s del sexo*. Barcelona: Bellaterra.
- Black, D. W. (2000). The epidemiology and phenomenology of compulsive sexual behavior. *CNS Spectrums*, 5, 26–35
- Bloor, M., McKeganey, N. y Barnard, M. (1990). An ethnographic study of HIV-related risk practices among Glasgow rent boys and their clients. Report of a pilot study. *AIDS Care*, 2, 17-24.
- Boswell, J. (1980). *Christianity, social tolerance and homosexuality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Boyer, D. (1989). Male prostitution and homosexuality identity. *Journal of Homosexuality*, 17, 151-184.

- Brongersma, E. (1990). *Loving Boys* (vol. 2). Elmhurst, N. Y.: Global Academic.
- Browne, J. y Minichiello, V. (1995). The social meanings behind male sex work: Implications for sexual interactions. *British Journal of Sociology*, 46(4), 598-622.
- Britos, P. (2009). ¿Por qué la prostitución debe ser un trabajo sexual?. *A parte re: Revista de Filosofía*, 66, 1-12.
- Brussa, L. (2004). Migración, trabajo sexual y salud: la experiencia de TAMPEP. En R. Osborne (Ed.). *Trabajador@s del sexo*. Barcelona: Bellaterra.
- Butts, W. M. (1947). Boy prostitutes of the Metropolis. *Journal of Clinical Psychopathology*, 8, 673-681.
- Carboneres, M. (1876). *La Mancebía de Valencia*. Valencia: El Mercantil.
- Carpí, A. y Breva, A. (2002). La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la teoría de la acción planeada. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 4(7), 25-35.
- Carter, K. H., Harry, B. P., Jeune, M. y Nicholson, D. (1997). Percepción de riesgo, comportamientos riesgosos y seroprevalencia del VIH en trabajadoras sexuales de Georgetown, Guyana. *Revista Panameña de Salud Pública*, 2(4), 238-246.
- Cates, J. A. (1989). Adolescent Male Prostitution by Choice. *Child and Adolescent Social Work*, 6, 151-156.
- Chauncey, G. (1982). De la inversión sexual a la homosexualidad: la medicina y la evolución de la conceptualización de la desviación de la mujer. En G. Steiner y R. Boyers (Comp.). *Homosexualidad: literatura y política*. Madrid: Alianza Editorial.
- Chico, E. (2000). Búsqueda de sensaciones. *Psicothema*, 12(2), 229-235

- Chin Phua, V., Ciambrone, D. y Vázquez, O. (2009). Advertising Health Status in Male Sex Workers's Online Ads. *The Journal of Men's Studies*, 17, 251-258.
- Choisy, M. (1964). *Psicoanálisis de la prostitución*. Buenos Aires: Hormé.
- Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres (CIMTM) (2003). Informe sobre el tráfico de mujeres y la prostitución en la Comunidad de Madrid. Dirección General de la Mujer. Madrid: Gráfica.
- Control Disease Center - CDC (2006). HIV/AIDS Surveillance by Race/Ethnicity (through 2006). Recuperado el 4 de junio de 2009, de <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/slides/general/index.htm>
- Coombs, N. R. (1974). Male prostitutes: a psychosocial view of behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44, 782-784.
- Cortes Generales (2007). *Informe Ponencia La Prostitución*. Congreso de los Diputados. Madrid. 20 Abril.
- Covre, P. (2004). ¿De prostitutas a sex workers?. En R. Osborne (Ed.). *Trabajador@s del sexo*. Barcelona: Bellaterra.
- Crawford, I., Hammack, P. L., McKirnan, D. J., Ostrow, D., Zamboni, B. D., Robinson, B. y Hope, B. (2003). Sexual sensation seeking, reduced concern about HIV and sexual risk behaviour among gay men in primary relationships. *AIDS Care*, 15 (4), 513-524.
- Day, S. (2007). *On the game, women and sex work*. Londres: Pluto Press.
- De Cai, W., Zhao, J., Zhao, J. K., Fisher, H., Feng, Y., Liu, J, McFarland, W., Gan, Y., Yang, Z., Zhang, Y., Tan, J. G., He, M. L., Wang, X.R., Chen, L. y Cheng, J. Q. (2009). HIV prevalence and related risk factors among male sex workers in Shenzhen, China - Results from a time-location-sampling survey. *Sexually Transmitted Infections*, 85.
- De Santis, M. (2004). *La solución de Suecia para la prostitución*. Recuperado el 27 de marzo de 2010 en <http://www.sexovida.com/educacion/suecia.htm>

- Deischer, R. W., Eisner, C. y Sulzbacher, S. (1969). The young male prostitute. *Pediatrics*, 43, 936-941.
- Deischer, R. W., Robinson, G. y Boyer, D. (1982). The adolescent female and male prostitute. *Pediatric Annals*, 11, 819-825.
- Delacoste, F. y Alexander, P. (1987). *Sex Work. Writings by Women in the Industry*. San Francisco: Cleis Press.
- Delmónico, D. y Miller, J. (2003). The Internet Sex Screening Test: a comparison of sexual compulsives versus non-sexual compulsives. *Sexual and Relationship Therapy*, 18 (3), 261-276.
- DiClemente, R. J. y Peterson, J. L. (1994). Changing HIV/AIDS risk behaviours: the role of behavioral interventions. En R.J. DiClemente y J.L. Peterson (Eds.). *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Intervention*. Nueva York: Plenum Press.
- Dilorio, C., Hartwell, T. y Hansen, N. (2002). Childhood sexual abuse and risk behaviors among men at high risk for HIV infection. *American Journal of Public Health*, 92, 214-219.
- Doll, L. S., y Bartholow, B. N. (1992). Self-reported childhood and adolescent sexual abuse among adult homosexual bisexual men. *Child Abuse Neglect*, 16, 855-864.
- Dodge, B., Reece, M., Cole S. L. y Sandford, T. G. M. (2004). Sexual compulsivity among heterosexual college students. *Journal of Sex Research*, 41 (4), 343-350.
- Doezema, J. (2004). ¡A crecer! La infantilización de las mujeres en los debates sobre tráfico de mujeres. En R. Osborne (Ed.). *Trabajador@s del sexo*. Barcelona: Bellaterra.
- Donovan, B., Hart, G. y Minichiello, V. (1998). Australia. En T., Brown, R., Chan, D., Mugrditchian, B., Mulhall, D., Plummer, R., Sarda, W., Sittitrai, y V. Minichiello (Eds.). *Sexuality Transmitted Diseases in Asia and the Pacific*. Armidale: Venereology. 26-61.

- Earls, C. M. y David, H. (1989). A Psychosocial Study of Male Prostitution. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 401.
- Elias, J., Bullough, V.L., Elias, V. y Brewer, G. (1998). *Prostitution: on whores, hustlers, and Johns*. Nueva York: Prometheus Books.
- Espada, J.P. y Quiles, M.J. (2002). *Prevenir el sida. Guía para padres y educadores*. Madrid: Pirámide.
- Espejo, B. (2009). *Manifiesto puta*. Barcelona: Bellaterra.
- Estcourt, C. S., Marks, C. y Rohrsheim, R. (2000). HIV, sexually transmitted infections, and risk behaviors in male commercial sex workers in Sydney. *Sexually Transmitted Infections*, 76, 294-298.
- EuroHIV (2005). HIV/AIDS Surveillance in Europe: End-year report 2005. Recuperado el 4 de junio de 2009, de http://www.eurohiv.org/reports/report_73/pdf/report_eurohiv_73.pdf
- Federación Valenciana de Municipios y Provincias (2010). *Ordenanza de protección del espacio urbano*. Recuperado el 19 de mayo de 2010 en <http://www.fvmp.es>
- Fields, S., Wharton, M., Marrero, A., Little, A., Pannell, K. y Morgan, J. (2006). Internet Chat Rooms: Connecting With a New Generation of Young Men of Color at Risk for HIV Infection Who Have Sex With Other Men en *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 17(6), 53-60.
- Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and ature of child sexual abuse. *Future Child*, 4, 31-53.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading Massachusetts: Addison-Wesley. Recuperado el 4 de junio de 2009, de <http://www-unix.oit.umass.edu/~aizen/publications.html>
- Fishbein, M. (1990). AIDS and behavior change: an analysis based on the theory of reasoned action. *Revista interamericana de Psicología*, 24(1), 37-56.

- Fishbein, M., Middlestadt, S.E. y Hitchcock, P.J. (1994). Using information to change sexually transmitted disease-related behaviours. En R.J. DiClemente y J.L. Peterson (Eds.). *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Intervention*. Nueva York: Plenum Press.
- Folch, C., Sanclemente, C., Esteve, A., Martró, E., Molinos, S. y Casabona, J. (2009). Diferencias en las características sociales, conductas de riesgo y prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana e infecciones de transmisión sexual entre trabajadores del sexo españolas e inmigrantes en Cataluña. *Medicina Clínica*, 132(10), 385-388.
- Gaffney, J. (2003). *Working together with male sex workers in London*. Paper presented at the European Network of Male Prostitution, June 2003. Hamburg.
- Gaither, G. A. y Sellbom, M. (2003). The Sexual Sensation Seeking Scale: Reliability and Validity Within a Heterosexual College Student Sample. *Journal of Personality Assessment*, 81(2), 157-167.
- Garaizabal, C. (2004). ONG y derechos humanos: la experiencia de Hetaria. En R. Osborne (Ed.). *Trabajador@s del sexo*. Barcelona: Bellaterra.
- García de Fagoaga, J. (2002). *Putas de España. De la Ilustración a la Democracia*. Madrid: Ediciones Irreverentes. Latorre Literaria.
- Grupo de Indagación, Análisis y Trabajo (GIAT) (2007). La realidad de las mujeres invisibilizadas: trabajadoras del sexo en Castellón. Recuperado el 5 de febrero de 2010 en <http://isonomia.uji.es/docs/spanish/publicaciones/otras/jornadas%20trabajo%20sexual.pdf>
- Gómez, A. y Pérez, S. (2009). Clientes de prostitución en Galicia: perfiles y narrativas discursivas. *Praxis Sociológica*, 13, 128-147.
- Giménez, C. (2008). *Eficacia diferencial de distintas estrategias de prevención del SIDA para promoción del sexo seguro y la realización de las pruebas diagnósticas del VIH en estudiantes universitarios*. Tesis Doctoral. Castellón: Universitat Jaume I. Manuscrito no publicado.

- Ginsberg, K. N. (1967). The meat-rack: a study of the male homosexual prostitute. *American Journal of Psychotherapy*, 21, 170-185.
- Goldstein, P. J. (1979). *Prostitution and drugs*. Lexington: Lexington Books.
- Grandi, J. L., Goihman, S., Ueda, M. y Rutherford, G.W. (2000). HIV Infection, Syphilis, and Behavioral Risks in Brazilian Male Sex Workers. *AIDS and Behavior*, 4(1), 129-135.
- Grov, C., Bamonte, A., Fuentes, A., Parsons, J. T., Bimbi, D. y Morgenstern, J. (2008). Exploring the internet's role in sexual compulsivity and out of control sexual thoughts/behaviour: A qualitative study of gay and bisexual men in New York City. *Culture, Health & Sexuality*, 10 (2), 107-125.
- Guasch, O. (2000). *La crisis de la heterosexualidad*. Barcelona: Laertes.
- Guasch, O. (2002). L'heterosexualitat com a problema social. Envers un model obert de sexualitat. En O. Guasch (Coord.). *Sociologia de la sexualitat*. Barcelona: ECSA.
- Guereña, J-L. (2003). *La prostitución en la España contemporánea*. Madrid: Marcial Pons Historia.
- Harcourt, C., y Donovan, B. (2005). The many faces of sex work. *Sexually Transmitted Infections*, 81, 201-206.
- Harman, J., Smith, V. y Louisa, E. (2007). The impact of incarceration on intimate relationships. *Criminal Justice and Behavior*, 34(6), 794-815.
- Hunt, M. (1977). *Conducta sexual en la década de los 70*. Buenos Aires: Editorial Sudamérica.
- Inciardi, J., Syvertsen, J. y Surratt, H. (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(4), 9-25.
- James, J. y Myerding, J. (1978). Early sexual experience as a factor in prostitution. *Archives of Sexual Behavior*, 7, 31-42.

- Janus, M.D., Scanlon, B. y Price, V. (1984) Youth prostitution. En A.W. Burgess (Ed.). *Child pornography sex rings*. Lexington, Mass: Lexington Books.
- Jersild, J. (1956). *Boy prostitution*. Copenhagen: G.E.C. Gad.
- Joffe, H. y Cockrell, J. E. (1995). Safer sex: Lessons from that male sex industry. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 5(5), 336-346.
- Jordan, J. (2005). *The sex industry in New Zealand: A literature review*. Wellington: Ministry of Justice.
- Juliano, D. (2004). El peso de la discriminación: debates teóricos y fundamentaciones. En R. Osborne (Ed.). *Trabajador@s del sexo*. Barcelona: Bellaterra.
- Juliano, D. (2007). Sobre trabajos y degradaciones. En M. Briz y C. Garaizábal (Coords.). *La prostitución a debate: por los derechos de las prostitutas*. Madrid: Talasa.
- Justice, B. y Justice, R. (1979). *The broken taboo: sex in the family*. New York: Human Sciences Press.
- Kalichman, S. C. y Rompa, D. (1995). Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: reliability, validity and predicting HIV risk behavior. *Journal of Personality Assessment*, 65 (3), 586-601.
- Kalichman, S. C. y Rompa, D. (2001). The Sexual Compulsivity Scale: Further Development and Use With HIV-Positive Persons. *Journal of Personality Assessment*, 76 (3), 379-395.
- Kalichman, S. C., Heckman, T. y Kelly, J. A. (1996). Sensation seeking as an explanation for the association between substance use and HIV-related risky sexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 141-153.
- Kalwahali, K. (2009). The criminalization of prostitution in South African criminal law. *Theses and Dissertations, Criminal & Procedural Law*.

Recuperado el 10 de febrero de 2010 en <http://uir.unisa.ac.za/dspace/handle/10500/1459>

- Kaye, K. (2004). Male Prostitution in the Twentieth Century. *Journal of Homosexuality*, 46(1), 1-77.
- Kaye, K. (2007). Sex and the Unspoken in Male Street Prostitution. *Journal of Homosexuality*, 53(1), 37-73.
- Klausner, J. D., Wolf, W., Fiscger-Ponce, L., Zolt, I. y Katz, M. H. (2000). Tracing a syphilis outbreak through cyberspace. *Journal of American Medical Association*, 284, 447-449.
- Koken, J. A., Bimbi, D. S., Parsons, J. T. y Halkitis, P. N. (2004). The Experience of Stigma in the Lives of Male Internet Escorts. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 16(1), 13-32.
- Kong, T. S. (2008). Risk factors affecting condom use among male sex workers who serve in China: a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 84, 444-448.
- Kulick, D. (2004). La penalización de los clientes y la política del ahjjj en Suecia. En R. Osborne (Ed.). *Trabajador@s del sexo*. Barcelona: Bellaterra.
- Kuyper, L. M., Lampinen, T. M., Spittal, P. M., Hogg, R. S., Schechter, M. T. y Wood, E. (2004). Factors associated with sex trade involvement among male participants in a prospective study of injection drug users. *Sexually Transmitted Infections*, 80, 531-535.
- Lameiras, M. y Carreras, M. V. (2009). *Educación sexual. De la teoría a la práctica*. Madrid: Pirámide.
- Lean, L. (2004). El sector del sexo: la contribución económica de una industria. En R. Osborne (Ed.). *Trabajador@s del sexo*. Barcelona: Bellaterra.
- Leary, D. y Minichiello, V. (2007). Exploring the Interpersonal Relationships in Street-Based Male Sex Work: Results from Australian Qualitative Study. *Journal of Homosexuality*, 53(1), 75-110.

- Lee-Gonyea, J., Castle, T. y Gonyea, N. (2009). Laid to Order: Male Escorts Advertising on the Internet. *Deviant Behavior*, 30, 321-348.
- Lewis, T. (1982). Los hermanos de Ganimedes. En G. Steiner y R. Boyers (Comp.). *Homosexualidad: literatura y política*. Madrid: Alianza Editorial.
- Liguori, A. L. y Aggleton, P. (1998). Aspectos del comercio sexual masculino en la ciudad de México. *Debate Feminista*, 18, 152-185.
- Lorway, R., Reza-Paul, S y Pasha, A. (2009). On becoming a Male Sex Worker in Mysore. *Madical Anthropology Quarterly*, 23, 142-160.
- Luckenbill, D. (1985). Entering Male Prostitution. *Journal of Contemporary Ethnography*, 14, 131-153.
- Llewellyn-Jones, D. (1987). *Enfermedades de Transmisión Sexual. Cómo identificarlas, prevenirlas y curarlas*. Barcelona: Ediciones Grijalbo.
- Mariño, R., Minichiello, V. y Disogra, C. (2003). Male sex workers in Córdoba, Argentina: sociodemographic characteristics and sex work experiences. *Revista de Panamá de Salud Pública*, 13 (5), 311-318.
- Martín, A. (2008). *Antropología del género. Cultura, mitos y estereotipos sexuales*. Madrid: Cátedra.
- Martín-Cano, F. (2001). Causas de la prostitución en la Prehistoria. *Omnia*, 92. Recuperado el 27 marzo 2010 en <http://usuarios.multimania.es/radicaleslibres/newpage15.html>
- Martina, R. M., Palacios, M., Ramírez, O., Ramah, M. y Valdespino, J. L. (1991). Masculine prostitution a unique strategy and a double range to prevent VIH infection. *International Conference on AIDS*. 16-21 junio, 421.
- McBride, K. R., Reece, M. y Sanders, S. A. (2008). Using the Sexual Compulsivity Scale to Predict Outcomes of Sexual Behavior in Young Adults. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 15, 97-115.

- McCoul, M. D. y Haslam, N. (2001). Predicting high risk sexual behavior in heterosexual and homosexual men: the roles of impulsivity and sensation seeking. *Personality and Individual Differences*, 31, 1303-1310.
- McKeganey, N. P. (1994). Prostitution and HIV: what do we know and where might research be targeted in the future?. *AIDS*, 8, 1215-1226.
- McMullen, R. J. (1987). Youth prostitution: a balance of power. *Journal of Adolescence*, 10, 57-69.
- McMullen, R.J. (1990). *Male rape: breaking the silence of the last taboo*. London: Gay Men's Press.
- McNamara, R. P. (1994). *Time Square Hustler: Male Prostitution in New York City*. Westport: Praeger Publishers.
- Meng, X., Anderson, A. F., Wang, L., Li, Z., Guo., W., Lee, Z., Jin, H. y Cai., Y. (2010). An exploratory study survey of money boys and HIV transmission risk in Jilin Province, PR China. *AIDS Research and Therapy*, 7 (17). Recuperado el 16 de octubre de 2010 en <http://www.aidsrestherapy.com/content/7/1/17>.
- Meroño, M. y Benjumea, F. (2000). *Estudi-intervenció sobre homes treballadors del sexe de Barcelona*. Barcelona: Àmbit Prevenció.
- Meroño, M. y Benjumea, F. (2007). Estudio sobre factores de riesgo para la salud en hombres inmigrantes que realizan trabajo sexual. *X Congreso Nacional sobre el SIDA*. Donostia – San Sebastián, 6-8 junio. pág. 120.
- Mestre, R. (2004). Las caras de la prostitución en el Estado español: entre la Ley de Extranjería y el Código Penal. En R. Osborne (Ed.). *Trabajador@s del sexo*. Barcelona: Bellaterra.
- Mi, G., Zhang, B. y Zhang, H. (2007). Survey on HIV/AIDS-related high risk behaviors among male sex workers in two cities in China. *AIDS*, 21(8), 67-72.
- Mimiaga, M. J., Reisner, S. L., Tinsley, J. P., Mayer, K. H. y Safren, A. (2008a). Street Workers and Internet Escorts: Contextual and Psychosocial

Factors Surrounding HIV Risk Behavior among Men Who Engage in Sex Work with Other Men. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 86(1), 54-66.

Mimiaga, M. J., Noonan, E. y Donnell, D. (2008b). Childhood sexual abuse and underage male homosexual contact is highly associated with HIV risk taking behavior and infection. Paper presented at Society of Behavioral Medicine Conference, September 2008. San Diego.

Minichiello, V. y Mariño, R. (2001). Knowledge, risk perceptions and condom usage in male sex workers from three Australian cities. *AIDS Care*, 13(3), 387-402.

Minichiello, V., Mariño, R., Browne, J., Jamieson, M., Peterson, K., Reuter, B. y Robinson, K. (2002). Male Sex Workers in Three Australian Cities. *Journal of Homosexuality*, 42(1), 29-51.

Minichiello, V., Mariño, R., Khan, M. A. y Browne, J. (2003). Alcohol and drug use in Australian male sex workers: its relationship to the safety outcome of the sex encounter. *AIDS Care*, 15(4), 549-561.

Ministerio de la Presidencia (2003). Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Recuperado el 4 de junio de 2009, de <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/26/pdfs/A41842-41875.pdf>

Moreno, A. J. (1998). El crepúsculo de las mancebías: El caso de Sevilla. En F. Vázquez (Coord.). *Mal Menor. Políticas y representaciones de la Prostitución. Siglos XVI-XIX*. Salamanca: Publicaciones de la Universidad de Cádiz.

Morrison, T. y Whitehead, B. (2005). Strategies of stigma resistance among canadian gay-identified sex workers. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 16 (1), 169-179.

Morse, E. V., Simon, P. M., Osofsky, H. J., Balson, P. M. y Gaumer, H. R. (1991). The male street prostitute: a vector of transmission of HIV

infection into the heterosexual world. *Journal of Social Science and Medicine*, 32, 535-539.

Morse, E. V., Simon, P. M., Balson, P. M. y Osofsky, H. J. (1992). Sexual Behavior Patterns of Customers of Male Street Prostitutes. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 347-357.

Newman, P. A., Rhodes, F. y Weiss, R.E. (2004). Correlates of sex trading among drug-using men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 94(11), 1998-2003.

Oakman, F. (2008). Looking towards health: Assessing and evaluating HIV at risk behaviors of African American men who have sex with men and women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(7-B), 4840.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2008). *Informe Anual 2008 El problema de la drogodependencia en Europa*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Recuperado el 4 de junio de 2009, de [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_64227_ES_EMCD D A_AR08_es.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_64227_ES_EMCD A_AR08_es.pdf)

Office Fédéral des Réfugiés (ODR) (2000). *Maghreb: Homosexualité et prostitution*. Recuperado el 4 de junio de 2009, de [http://www.bfm.admin.ch/etc/medialib/data/migration/laenderinformatio nen/herkunftslanderinformationen/afrika.Par.0008.File.tmp/Maghreb_H omo_Prost_0400-Public.pdf](http://www.bfm.admin.ch/etc/medialib/data/migration/laenderinformation/en/herkunftslanderinformationen/afrika.Par.0008.File.tmp/Maghreb_H omo_Prost_0400-Public.pdf)

ONUSIDA (2003). *Trabajo Sexual y VIH/SIDA*. Colección Práctica Óptimas. Recuperado el 4 de junio de 2009, de http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC705-SexWork-TU_es.pdf

ONUSIDA (2006) Informe sobre la epidemia mundial de Sida. Recuperado el 4 de junio de 2009, de http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/2006-GR_es.asp

- ONUSIDA (2007). Informe sobre la epidemia mundial del Sida. Recuperado el 4 de junio de 2009, de http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_es.pdf
- O'Reilly, K., Msiska, R., Mouli, Ch. e Islam, M. (1999). Behavioural Interventions in Developing Nations. En L. Gibney, R.J. DiClemente, y S.H. Vermund. *Preventing HIV in developing countries*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- O'Higgins, J. (1982). Opción sexual y actos sexuales: una entrevista con Michel Foucault. En G. Steiner y R. Boyers (Comp.). *Homosexualidad: literatura y política*. Madrid: Alianza Editorial.
- O'Sullivan, M., Zuckerman, M. y Kraft, M. (1996). The personality of prostitutes. *Personality and Individual Differences*, 21 (3), 445-448.
- Osborne, R. (2004). Introducción. En R. Osborne (Ed.). *Trabajador@s del sexo*. Barcelona: Bellaterra.
- Paéz, D., Ubillos, S., Pizarro, M. y León, M. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del Sida. *Revista de psicología general y aplicada*, 47(2), 141-149.
- Parker, M. (2006). Core Groups and the Transmission of HIV: Learning from Male Sex Workers. *Journal of Biosocial Science*, 38(1), 117-131.
- Parry, C., Dewing, S., Petersen, P., Carney, T., Needle, R., Kroeger, K. y Treger, L. (2009). Rapid Assessment of HIV Risk Behavior in Drug Using Sex Workers in Three Cities in South Africa. *AIDS Behavior*, 13, 849-859.
- Parsons, J. T., Bimbi, D. y Halkitis, P. N. (2001). Sexual compulsivity among gay/bisexual male escorts who advertise on the Internet. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 8, 101-112.
- Parsons, J. T., Bimbi, D., Koken, J. y Halkitis, P. N. (2005). Factors related to childhood sexual abuse among gay/bisexual male Internet escorts. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14 (2), 1-23.

- Parsons, J. T. y Halkitis, P. N. (2002). Sexual and drug-using practices of HIV-positive men who frequent public and commercial sex environments. *AIDS Care*, 14 (6), 815-826.
- Parsons, J. T., Kelly, B. C., Bimbi, D., DiMaria, L., Wainberg M. L. y Morgenstern, J. (2008). Explanations for the Origins of Sexual Compulsivity Among Gay and Bisexual Men. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 817-826.
- Parsons, J. K., Koken, J. A. y Bimbi, D. S. (2004). The use of Internet by gay and bisexual male escorts: sex workers as sex educators. *AIDS Care*, 16(8), 1021-1035.
- Parsons, J. K., Koken, J. A. y Bimbi, D. S. (2007). Looking beyond HIV: Eliciting individual and community needs of male Internet escorts. *Journal of Homosexuality*, 53(1-2), 219-240.
- Parsons, J.T., Severino, J. P., Grov, C., Bimbi D. y Morgenstern, J. (2007). Internet Use among Gay and Bisexual Men with Compulsive Sexual Behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14 (3), 239-256.
- Peck, JA., Shoptaw, S., Rotheram-Fuller, E., Reback, C.J. y Bierman, B. (2005). HIV-associated medical, behavioral, and psychiatric characteristics of treatment-seeking, methamphetamine-dependent men who have sex with men. *Journal of addictive diseases*, 24(3), 115-132.
- Perlonger, N. (1993). *La prostitución masculina*. Buenos Aires: Ediciones de la Urraca.
- Pieper, R. (1979). Identity management in adolescent male prostitution in West Germany. *International Review of Modern Sociology*, 2, 239-259.
- Pinkerton, S. y Abramsom, P. (1995). Decision making and personality factors in sexual risk-taking for HIV/AIDS: a theoretical integration. *Personality and Individual Differences*, 19, 713-723.

- Pinedo, R. (2008a). *Características psicosociales, calidad de vida y necesidades de las personas que ejercen prostitución*. Tesis Doctoral. Salamanca: Universidad de Salamanca. Manuscrito no publicado.
- Pinedo, R. (2008b). Conductas de riesgo y prevalencia de VIH/SIDA y otras ITS en hombres, transexuales y travestis que ejercen prostitución. *XI Congreso Nacional sobre el SIDA*. Córdoba, 8-10 octubre. Pág. 174.
- Pisani, E., Girault, P., Gultom, M., Sukartini, N., Kumalawati, J., Jazan, S. y Donegan, E. (2004). HIV, syphilis infection and sexual practices among transgenders, male sex workers and other men who sex with men in Jakarta, Indonesia. *Sexually Transmitted Infections*, 80, 536-540.
- Pons, I. (2004). Más allá de los moralismos: prostitución y ciencias sociales. En R. Osborne (Ed.). *Trabajador@s del sexo*. Barcelona: Bellaterra.
- Potterat, J.J., Brewer, D.D., Muth, S.Q., Rothenberg, R.B., Woodhouse, D.E., Muth, J.B., Stities, H.K. y Brody, S. (2004). Mortality in a long-term open cohort of prostitute women. *American Journal of Epidemiology*, 159 (8), 778-785.
- Price, V., Scanlon, B. y Janus, M. D. (1984). Social Characteristics of Adolescent Male Prostitution. *Victimology*, 9, 211-221.
- Pruitt, V. (2005). Online boys: Male-for-male internet escorts. *Sociological Focus*, 38, 189-203.
- Quadland, M. C. (1985). Compulsive sexual behavior: Definition of a problem and an approach to treatment. *Journal of Sex and Marital Therapy*, (11), 121-132.
- Reece, M. (2003). Sexual Compulsivity and HIV Serostatus Disclosure Among Men Who Have Sex with Men. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 10, 1-11.
- Reiss, A. J. (1961). The social integration of queers and peers. *Social Problems*, 9, 102-120.

- Rietmeijer, C. A., Wolitski, R. J. y Fishbein, M. (1998). Sex hustling, injection drug use, and non-gay identification by men who have sex with men. Associations with high-risk sexual behaviors and condom use. *Sexually Transmitted Diseases*, 25, 353- 360.
- Robinson, T. (1989). *London's homosexual males prostitutes: power, peer groups and HIV*. London: Politechnic of the South Bank.
- Rojas, D. (2007). Factores asociados a conductas de riesgo en HSH: Barebacking, Serosortin. *X Congreso Nacional sobre el SIDA*. Donostia - San Sebastián, 6-8 junio. Pág. 66.
- Rojas, D, Zaro, I. y Navazo, T. (2009) *Trabajadoras transexuales del sexo: el doble estigma*. Madrid: Fundación Triángulo.
- Romero, J. y Grupo EPI-VIH (2004). Riesgo De infección por el VIH en hombres que ejercen la prostitución en España. *VIII Congreso Nacional sobre el SIDA*. Madrid, 24-26 noviembre. Pág. 109.
- Romero, J. y Rojas, D. (2004). La infección por el VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: aspectos epidemiológicos y preventivos. *VIII Congreso Nacional sobre el SIDA*. Madrid, 24-26 noviembre. Pág. 51.
- Romero, J., Castilla, J. Rodríguez, C., Cámara, M., Armas, C., Vall, M., Pueyo, I., Belda, J., Alastrué, I., Junquera, M. L., Von Wichmann, M. A., Sanz, B., Colomo, C., Varela, J. A., Díaz, A. y Díez, M. (2007). Prevalencia de infección por el VIH en personas que ejercen la prostitución en España, 2000-2004. *X Congreso Nacional sobre el SIDA*. Donostia – San Sebastián, 6-8 junio. Pág. 132.
- Romi, J. C. (2006). La prostitución: enfoque psiquiátrico, sexológico y médico-legal. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13, 5-28.
- Rosenstock, I., Strecher, V. y Becker, M. (1980). Social Learning and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.

- Rossiaud, J. (1986). *La prostitución en el Medievo*. Barcelona: Ariel.
- Rubio, A. (2000). La familia matrimonial: entre el dogma y el mito. En A. Rubio (Ed.). *Los desafíos de la familia matrimonial. Estudio multidisciplinar en Derecho de Familia*. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de la Presidencia.
- Rubio, G. (1999). ¿Vírgenes o meretrices? La prostitución sagrada en el Oriente antiguo. *Gerión*, 17, 129-148.
- Rubio, M. (2008). Ni puta ni trabajadora sexual: prostituta. *Borradores de Método*, 51.
- Ruiz, E. (2009). *Influencia de las dimensiones de personalidad en las conductas sexuales de riesgo*. Trabajo de investigación. Castellón: Universitat Jaume I. Manuscrito no publicado.
- Sau, V. (2000). *Diccionario ideológico feminista*. Barcelona: Icaria.
- Scott, J. (2003). A Prostitute's Progress: Male Prostitutions in Scientific Discourse. *Social Semiotics*, 13, 179-199.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) (2001). Infección por VIH y SIDA. Plan Multisectorial 2001-2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado el 15 de abril de 2010 de http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/planEstrategico/planMultisectorial01_05.pdf
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) (2002). Grupo de trabajo EPI-VIH. *Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico del VIH, 2000-2002*. Recuperado el 4 de junio de 2009, de <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/transversal.pdf>
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) (2003). *Prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en personas que ejercen la prostitución. Elementos clave para el desarrollo de programas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) (2005). *Prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en hombres que ejercen la prostitución. Elementos clave para el desarrollo de programas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) (2008). *Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida.España. 2008-2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Segura, A., Hernández, I. y Álvarez-Dardet, C. (1998). *Epidemiología y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia. Fundación Universidad Empresa.
- Sevilla, E. (2003). *El espejo roto. Ensayos antropológicos sobre los amores y la condición femenina en la ciudad de Cali*. Cali: Programa Editorial.
- Shakarishvili, A., Dubovskaya, L. K., Zohrabyan, L. S., St Lawrence, J. S., Aral, S. O., Dugasheva, L. G., Okan, S. A., Lewis, J. S., Parker, K. A. y Ryan, C. A. (2005). Sex work, drug use, HIV infection, and spread of sexually transmitted infections in Moscow, Russian Federation. *Lancet*, 365(9479), 57-60.
- Shaver, F. M. (2005). Sex work research. Methodological and ethical challenges. *Journal of Interpersonal Violence*, 20 (3), 296-319.
- Silbert, M. H. y Pines, M. A. (1981). Sexual child abuse as an antecedent to prostitution. *Child abuse and Neglect*, 5, 407-411.
- Smith, M D. y Seal, D. W. (2007). Sexual behavior, mental health, substance use, and HIV risk among agency-based male escorts in a small U. S. City. *International Journal of Sexual Health*, 19(4), 27-39.
- Smith, M D. y Seal, D. W. (2008). Motivacional Influences on the Safer Sex Behavior of Agency-based Male Sex Workers. *Archives of Sex Behavior*, 37(5), 845-853.

- Socialstyrelsen (SOS) (2000). Kännedom om prostitution 1998-1999. Estocolmo: Socialstyrelsen.
- Spatz, C. y Kuhns, J. (1996). Childhood Victimization and Subsequent Risk for Promiscuity, Prostitution, and Teenage Pregnancy: A Prospective Study. *American Journal of Public Health*, 86, 1607-1612.
- Stimpson, C. R. (1982). La generación *beat* y las vicisitudes de la liberación de los homosexuales. En G. Steiner y R. Boyers (Comp.). *Homosexualidad: literatura y política*. Madrid: Alianza Editorial.
- Thappa, D. M., Singh, N. y Kaimal, S. (2008). Homosexuality in India. *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases*, 29, 59-62.
- Timpson, S. C., Ross, M. W., Williams, M. L., y Atkinson, J. A. (2007). Characteristics, Drug Use, and Sex Partners of a Sample of Male Sex workers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 63-69.
- Tirado, M. (2005). Creencias y comportamientos socio-culturales de jóvenes del género masculino prostituidos homoeróticamente en Bogotá. *Revista Colombiana de Sociología*, 24, 93-113.
- Tornero, C., Nafe, M. C. y Castejón, P. (2008). Vulnerabilidad y dificultades en la atención sanitaria de inmigrantes que ejercen la prostitución. *XI Congreso Nacional sobre el SIDA*. Córdoba, 8-10, octubre. Pág. 222.
- Tomlinson, D., Hillman, R., Harris, J. y Taylor-Robinson D. (1991). Screening for sexually transmitted disease in London-based male prostitutes. *Genitourin Medicin*, 67, 103-106.
- Trifiró, A. (2003). *Mujeres que ejercen la prostitución. Una historia de género y marginación*. Medellín: Espacios de Mujer.
- Uy, J. M., Bimbi, D. S., Koken, J. A. y Halkitis, P. N. (2004). Gay and Bisexual Male Escorts Who Advertise on the Internet: Understanding Reasons for and Effects of Involvement in Commercial Sex. *International Journal of Men's Health*, 3(1), 11-26.

- Van den Hoek, J. A., Van Haastrecht, H. J. y Coutinho, R. A. (1991). Homosexual prostitution among male drug users and its risk for HIV infection. *Genitourin Medicine*, 67, 303-306.
- Van der Poel, S. (1992). Professional male prostitution: a neglected phenomenon. *Crime, Law and Social Changes*, 18, 259-275.
- Vanoyeke, V. (1990). *La prostitucion en Grèce et a Rome*. Madrid: Edaf.
- Vanwesenbeeck, I. (2001). Another decade of social scientific work on sex work: A review of research 1990-2000. *Annual Review of sex research*, 12, 242-289.
- Vázquez, F. J. (1998). Historia de la prostitución. Problemas metodológicos y niveles del fenómeno. Fuentes y modelos de análisis. En F. Vázquez (Coord.). *Mal Menor. Políticas y representaciones de la Prostitución. Siglos XVI-XIX*. Salamanca: Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Revista Biomédica*, 9, 116-121.
- Vidal, G. (2001). *Sexualmente hablando*. Madrid: Random House Mondadori.
- Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Instituto de Salud Carlos III. *Registro nacional de casos de Sida. Actualización a 31 de diciembre de 2008*. Informe semestral nº2. Recuperado el 09 de junio de 2009 de www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jps
- Villaamil, F., Jociles, M. y Lores, F. (2004). La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH). *Documentos Técnicos de la Salud Pública de la Comunidad de Madrid*, 100. Recuperado el 4 de junio de 2009, de http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3Dd100_la_prueba_del_vih_en_hombres_baja.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220387295367&ssbinary=true

- Villegas, L. y Zaragoza, K. (2009). *Perfil de los clientes de trabajadores sexuales masculinos del sexo en Barcelona*. En II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA: libro de conferencias, ponencias, comunicaciones y paneles. Publicación FIPSE: Universidad del País Vasco; Asociación de lucha contra el SIDA T4 Elkartea.
- Waiman, D. (2008). La prostitución en la legislación castellana del siglo XIII. *Actas de las primeras jornadas de filosofía política: democracia, tolerancia, libertad*. Bahía Blanca, 17, 18 y 19 de abril. Recuperado el 03 de abril de 2010 en www.freewebs.com/filopol/actas/trabajos/waiman.pdf
- Waldorf, D. y Murphy, S. (1990). *Intravenous Drug use and syringe-sharing practices of call men and hustlers*. En M. Plant (Ed.). *AIDS, Drugs and Prostitution*. London: Tavistock/Routledge.
- Weber, A. E., Craib, K. J., Chan, K., Martindale, S., Miller, M. L., Schechter, M. T. y Hogg, R.S. (2001). Sex trade involvement and rates of human immunodeficiency virus positivity among young gay and bisexual men. *Journal Epidemiology*, 6, 1449-1454.
- Weinberg, M. S., Worth, H. y Williams, C. J. (2001). Men Sex Workers and Other Men Who Have Sex With Men: How Do Their HIV Risks Compare in New Zealand? *Archives of Sexual Behavior*, 30 (3), 273-286.
- Weisberg, D. K. (1985). *Children of the night*. Lexington: Lexington Books.
- Weitzer, R. (2005). New directions in research on prostitution. *Crime, Law & Social Change*, 43, 211-235.
- Weitzer, R. (2009). Sociology of Sex Work. *Annual Review of Sociology*, 35, 213-234.
- West, D. J. y De Villiers, B. (1993). *Male prostitution*. London: The Haworth Press.

- Wijers, M. (2004). Delincuente, víctima, mal social o mujer trabajadora: perspectivas legales sobre la prostitución. En R. Osborne (Ed.). *Trabajador@s del sexo*. Barcelona: Bellaterra.
- Williams, M. L., Bowen, A. M., Timpson, S. C., Ross, M. W. y Atkinson, J. S. (2006). HIV Prevention and Street-based Male Sex Workers: An Evaluation of Brief Interventions. *AIDS Education and Prevention*, 18(3), 204-215.
- World Health Organization (WHO) (1989). Global program on AIDS an programme on STD. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2,248-255.
- Wyatt, G.E. y Powell, G. (1989). *Lasting Effects of Child Sexual Abuse*. London: Sage.
- Xanditis, L. y McCabe, M. P. (2000). Personality Characteristics of Male Clients of Female Commercial Sex Workers in Australia. *Archives of Sexual Behavior*, 29 (2), 165-176.
- Zabala, B. (2005). Marco legal de la prostitución. Jornada de debate Fundación Isonomía. Recuperado el 10 de febrero de 2010 en <http://www.nodo50.org/feminismos/spip.php?article48>
- Zaro, I. (2007). Evitando conductas de riesgo en hombres que ejercen la prostitución. *X Congreso Nacional sobre el SIDA*. Donostia – San Sebastián, 6-8 junio. Pág. 72.
- Zaro, I. (2009) Caracterización de las personas que solicitan la prueba rápida del VIH en la Fundación Triángulo. *XII Congreso Nacional sobre el SIDA*. Valencia, 20-22 mayo. 296-298.
- Zaro, I., Peláez, M. y Chacón, A. (2007). *TMS Trabajadores Masculinos del Sexo: Aproximación a la prostitución masculina en Madrid*. Madrid: Fundación Triángulo.

Zuckerman, M., Kolin, E. A., Price, L. y Zoob, I. (1994). Development of a sensation-seeking scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (28), 477-482.

ANEXOS

ANEXO I

Entrevista

semiestructurada para

Trabajadores Masculinos

del Sexo

DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS

Nombre de pila: Estudios: e-mail/telf:

Fecha de nacimiento: Lugar: País de origen:

¿Cuánto tiempo llevas en España?

¿En tu país trabajabas en la prostitución? Sí No

¿Dónde vives? Piso/pensión/otros

¿Con quién vives?

Solo/pareja/amigos/familia/compañeros de trabajo/compañeros de piso/otros

¿Tienes pareja actualmente? No Sí Hombre/Mujer

¿Conoce tu actividad? Sí No

¿Tienes hijos? No Sí ¿Cuántos?

¿Tienes los papeles en regla? Sí No

HISTORIA SEXUAL

¿A qué edad te masturbaste por primera vez?

¿Cuándo tuviste tu primera relación sexual con otra persona?

¿Hombre o mujer?

¿Cuál es tu orientación sexual? Heterosexual/Bisexual/Homosexual

¿Con qué frecuencia has tenido fantasías homosexuales?

Nunca/algunas veces/ bastantes veces/frecuentemente

¿Con qué frecuencia has tenido fantasías heterosexuales?

Nunca/algunas veces/bastantes veces/frecuentemente

¿Has sufrido a lo largo de tu vida algún abuso sexual? Sí No ¿A qué edad?

¿Y en tu vida profesional? Sí No

DATOS SOBRE EL TRABAJO SEXUAL

¿Te consideras trabajador sexual? En caso negativo, ¿Por qué?

¿A qué edad comenzaste?

¿Cuántos días trabajas a la semana?

¿Por qué lo haces?

¿Vives de la prostitución? Sí No

¿Qué ingresos aproximados tienes al mes?

¿Compaginas el trabajo sexual con otros tipos de trabajos y/o ocupaciones? ¿Cuáles?

¿Has tenido algún periodo sin trabajar en la prostitución? ¿Por qué motivo?

¿Cuáles son los principales riesgos o problemas profesionales de tu trabajo?

¿Cuáles son los lugares donde trabajas normalmente?

Saunas/masajes/sex shops/WC/bares/hotel/domicilio particular/espectáculos/calle

¿Cuánto tiempo sueles dedicar a cada cliente?

¿Cuántos clientes tienes al día? Hombres Mujeres

¿Cuántos clientes fijos tienes al mes? Hombres Mujeres

¿Cuál es la edad de tus clientes?

¿Cuál es el nivel socioeconómico?

¿Cuáles son los servicios más frecuentes con clientes hombres?

¿Y con clientas mujeres?

¿Qué servicios te niegas a hacer? ¿Por qué?

Indica con qué frecuencia realizas las siguientes prácticas sexuales con tus clientes

	NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	SIEMPRE
Masturbación al cliente				
El cliente te masturba				
Coito vaginal				
Felación al cliente (le chupas el pene al cliente)				
El cliente te chupa el pene				
Cunnilingus (lamer la vulva a la clienta)				
El cliente te lame el ano				
Le lames el ano al cliente				
Penetración anal al cliente				
El cliente te penetra analmente				
Lluvia dorada				
Introducción de objetos en el ano o vagina				
Relación con varios hombres y/o mujeres a la vez				
Infligir dolor al / a la cliente (hacerle daño)				
Recibir dolor del / de la cliente				
Hacer realidad fantasías sexuales del cliente				
Otras				

Indica el porcentaje de veces que usas el preservativo cuando realizas alguna de las siguientes prácticas sexuales:

Sexo oral

Coito vaginal (penetrar a una mujer)

Sexo anal insertivo: yo penetro

Sexo anal receptivo: me penetran

¿Quién suele proponer el uso del condón: tú o el cliente?

A la hora de utilizar el condón, ¿distingues entre clientes fijos y esporádicos? Sí No

En caso afirmativo, ¿utilizas menos el preservativo con clientes fijos? Sí No

Indica el porcentaje de ocasiones que usas el preservativo con clientes **fijos** y esporádicos:

Fijos

Esporádicos

¿Cuáles son los motivos para no utilizar el preservativo con los clientes? (últimos 6 meses)

- El cliente no quiere utilizarlo
- Me pagan más
- No me gusta
- No sé decir no
- Siempre he usado condón
- Sexo oral
- Otras

Indica el porcentaje de ocasiones que usas el preservativo con tu pareja actual (últimos 6 meses)

Si no tienes pareja en la actualidad, indica la fecha de la última pareja y el sexo de la pareja.

¿Con qué frecuencia utilizabais el preservativo?

Nunca/algunas veces/bastantes veces/siempre

En los últimos 6 meses, ¿se te ha roto algún preservativo? ¿Cuántos?

¿Has tenido algún otro problema relacionado con los preservativos?

- ninguno
- dificultad para conseguirlos
- molestan
- hacen daño
- aprietan
- otros

¿Dónde consigues los preservativos?

¿Cuántos consigues de forma gratuita?

¿Dónde?

Señala de 0 a 100 la probabilidad o el riesgo que percibes de infectarte con el VIH en tu actividad profesional:

Señala de 0 a 100 el temor que te produce la posibilidad de infectarte con el VIH en tu actividad profesional:

¿Crees que conoces las prácticas de riesgo de transmisión de sida? Sí No

¿Cuáles de las siguientes prácticas sexuales consideras de riesgo de transmisión de VIH?

	SI	NO	NO LO SE
Felación sin preservativo tragando el semen (chupo el pene, sexo oral)			
Felación sin preservativo sin tragar el semen			
Felación con preservativo			
Coito anal (penetración)sin preservativo			
Coito anal (penetración) con preservativo			
Coito vaginal (penetración a una mujer) sin preservativo			
Coito vaginal (penetración a una mujer)con preservativo			
Cunnilingus (lamerle la vulva a la clienta)			
Beso sin intercambio de saliva			
Beso con intercambio de saliva			
Caricias corporales			

¿Hasta qué punto te puede influir el consumo de drogas en la negociación del uso del condón con el cliente?

Nada/poco/bastante/mucho

¿Los clientes te suelen preguntar sobre tu estado de salud (sida, ITS...)? Sí No

¿Y tú a los clientes? Si No

ESTADO DE SALUD

¿Te has hecho la prueba del VIH? ¿Cuándo?

¿Diste positivo? Sí No

¿Cada cuánto tiempo sueles hacértela?

¿Tienes intención de realizártela próximamente? Sí No

¿Sabes dónde puedes acudir? Sí No

¿Qué infecciones de transmisión sexual conoces?

¿Padeces alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS)? Sí No

¿Has padecido alguna ITS? Sí No

¿Realizas algún control médico periódico? Sí No

¿Motivo?

Valora de 0 a 10 en qué grado crees que cuidas tu salud:

¿En qué consiste ese cuidado? Puedes marcar más de una:

Alimentación No fumar Dormir mucho

Hacer deporte No beber alcohol No tomar otras sustancias

¿Cómo consideras que es tu estado de salud?

Excelente/bueno/regular/malo/muy malo

CONSUMO DE DROGAS

¿Consumes alguna droga actualmente? Sí No

¿Cuál? ¿Consideras que estás enganchado?

¿Has consumido alguna droga a lo largo de tu vida?

¿Te has inyectado (pinchado) alguna vez alguna droga?

¿Has hecho algún tratamiento para dejar el consumo de drogas?

¿Has tenido problemas de sobredosis?

Si consumes drogas inyectadas, ¿dónde consigues jeringas nuevas?

Durante el último año, ¿has compartido jeringas con otra persona?

¿Cuándo fue la última vez?

Por último, señala en una escala de 0 a 10:

Cómo de satisfecho te encuentras con tu vida:

Cómo de satisfecho te encuentras con tu actividad profesional:

Si tuvieras oportunidad, ¿dejarías esta actividad? Sí No

DATOS SOBRE LA ENTREVISTA (a rellenar por el entrevistador)

Lugar de la entrevista:

Fecha de entrevista:

Observaciones:

ANEXO II

Escala de Compulsividad Sexual y Escala Revisada de Búsqueda de Sensaciones Sexuales

Escala de Compulsividad Sexual
Kalichman (1994); Ballester, Gil, Ruiz y Giménez (2007)

A continuación, te presentamos una serie de **preguntas sobre tu comportamiento sexual** para que respondas **en qué medida estos enunciados son característicos en ti.**

	<i>Nada característico en mi</i>	<i>Algo característico en mi</i>	<i>Bastante característico en mi</i>	<i>Muy característico en mi</i>
1.-Mi gran apetito sexual ha sido un obstáculo en mis relaciones				
2.-Mis pensamientos y comportamientos sexuales me están causando problemas en la vida				
3.-Mis deseos de tener sexo han afectado en mi vida cotidiana				
4.-A veces no consigo cumplir con compromisos y responsabilidades a causa de mis comportamientos sexuales				
5.-A veces llego a ponerme tan caliente que podría perder el control				
6.-Me sorprendo a mi mismo pensando sobre sexo en el trabajo				
7.-Siento que mis pensamientos y sensaciones sexuales son más fuertes que yo				
8.-Tengo que luchar para controlar mis pensamientos y comportamientos sexuales				
9.-Pienso en sexo más de lo que me gustaría				
10.-Me ha resultado difícil encontrar parejas sexuales que desearan tener sexo tanto como yo.				

Escala Revisada de Búsqueda de Sensaciones Sexuales
Kalichman (1994); Ballester, Gil, Ruiz y Giménez (2007)

A continuación, te presentamos una serie de preguntas sobre tu comportamiento sexual para que respondas **en qué medida estos enunciados son característicos en ti.**

	<i>Nada característico en mi</i>	<i>Algo característico en mi</i>	<i>Bastante característico en mi</i>	<i>Muy característico en mi</i>
1.-Me gustan los encuentros sexuales salvajes y desinhibidos.				
2.-Las sensaciones físicas son lo más importante en el sexo.				
3.-Disfruto de la sensación que producen las relaciones sexuales sin condón.				
4.-Seguramente, mis parejas sexuales piensan que soy una persona que corre riesgos.				
5.-En las relaciones sexuales, para mí es más importante la atracción física que el grado de conocimiento que tengo de la persona.				
6.-Disfruto de la compañía de personas sensuales.				
7.-Disfruto al mirar videos clasificados "X".				
8.-He dicho cosas que no eran exactamente ciertas para conseguir que una persona tuviera sexo conmigo.				
9.-Estoy interesado en probar nuevas experiencias sexuales.				
10.-Me apetece explorar mi sexualidad.				
11.-Me gusta tener nuevas y excitantes experiencias y sensaciones sexuales.				

ANEXO III

Noticias en medios de comunicación sobre red de trata de hombres con fines de explotación sexual en España



Desarticulada por primera vez en España una red de explotación sexual de hombres

Agentes de la Policía Nacional han desarticulado por primera vez en España una organización dedicada a la explotación sexual de hombres, a los que obligaban a trabajar en prostíbulos 24 horas al día suministrándoles cocaína, 'popper' y Viagra. Llegaban a España engañados procedentes de Brasil para ejercer la prostitución bajo amenazas de muerte.

31-08-2010

La red captaba a sus víctimas en Brasil y les facilitaba el billete de avión a España, que era comprado con tarjetas 'clonadas'. Una vez en el país, el líder de la trama, con residencia en Palma de Mallorca, les distribuía por las diferentes casas de citas ubicadas en Palma, Madrid, Barcelona, Alicante y León. Para atraer a clientes, la red



publicaba anuncios en la sección de contactos de varios periódicos y en diferentes páginas web en las que exhibían las fotografías de los chicos disponibles.

Los hombres 'traficados' llegaban a España engañados en cuanto a las condiciones de trabajo que tendrían que realizar y sobre todo en relación a las cantidades económicas que tendrían que

devolver a la organización en concepto de gastos de viaje. En un principio les informaban que sólo harían frente al coste del billete, aunque en realidad les exigían cantidades que en ocasiones superaban los 4.000 euros.

Una vez en nuestro país, les era facilitado un teléfono de contacto del cabecilla de la organización, quien según las necesidades que tenía de hombres en las diferentes casas de citas, los iba mandando a una provincia o a otra. Finalmente él mismo los recibía en Palma de Mallorca, lugar donde tenía fijada su residencia. En los diferentes domicilios de la red en Palma debían ejercer la prostitución durante las veinticuatro horas del día y entregar al dueño del piso o al encargado el cincuenta por cien de las ganancias, además de 200 euros por el alojamiento y la manutención.

Deuda de 4.000 euros

Paralelamente, el líder de la red les exigía que satisficieran la deuda de 4.000 euros, en ocasiones en lugar de en efectivo mediante transferencias bancarias, por haber sido cedidos a otros explotadores para renovar así la 'plantilla'. Si los hombres plantaban



cara o causaban algún tipo de problema, los responsables recurrían a las amenazas, incluso de muerte.

Para darse a conocer, la organización efectuaba **acciones publicitarias** a través de diferentes medios: anuncios en periódicos en la sección de contactos y también en diferentes páginas web, donde 'colgaban' las fotografías de los chicos disponibles.

La investigación, que se inició el pasado mes de febrero, culminó con el **despliegue de un operativo simultáneo para el arresto de los responsables de la red**. Finalmente, fueron detenidas un total de **14** personas en Palma de Mallorca (8), León (3), Barcelona (1), Alicante (1) y Madrid (1).

Además de los delitos contra **los derechos de los ciudadanos extranjeros**, relativos a la prostitución, contra los derechos de los trabajadores y asociación ilícita; **los máximos responsables proporcionaban droga y otras sustancias prohibidas (cocaína, marihuana, 'popper' y Viagra)** tanto a clientes como a las propias víctimas.

Desarticulada por primera vez en España una red de explotación sexual de hombres

- La organización captaba a las víctimas en Brasil y llegaban a España engañados
- Les proporcionaban cocaína, 'popper' y Viagra para prostituirse 24 horas al día
- Los hombres disponibles se anunciaban en periódicos y varios portales web
- La red se gestionaba desde Palma, donde se ha detenido a 8 personas

ELMUNDO.es | Agencias | Madrid

Actualizado martes 31/08/2010 11:59 horas

Agentes de la Policía Nacional han desarticulado por primera vez en España una organización dedicada a la explotación sexual de hombres. En la operación, han sido detenidas 14 personas en Palma de Mallorca, Madrid, Barcelona, Alicante y León.

Según ha informado la Policía Nacional en una nota, la red **captaba a las víctimas en Brasil** y les facilitaba la 'bolsa de viaje' y el billete de avión, que era comprado con tarjetas 'clonadas'.



El líder de la trama, con domicilio en Palma, distribuía a los explotados por las diferentes casas de citas y les proporcionaba **cocaína, 'popper' y Viagra** para prostituirse **24 horas al día**. Para atraer a clientes, la red publicaba anuncios en la sección de contactos de varios periódicos y en diferentes páginas web en las que exhibían las fotografías de los chicos disponibles.

Las víctimas llegaban a España engañadas en cuanto a las condiciones de trabajo que tendrían que realizar y sobre todo en relación a las cantidades económicas que tendrían que devolver a la organización. En un principio les informaban de que sólo harían frente al coste del billete, aunque, más tarde, les exigían cantidades que en torno a los **4.000 euros**.

Una vez en España, la organización se servía de **amenazas de muerte** para mantener el control sobre los hombres que no aceptaban las condiciones impuestas. Además, los chicos debían entregar al dueño del piso el 50% de las ganancias, más otros 200 euros por el alojamiento y la manutención.

Una vez en nuestro país, les era facilitado un teléfono de contacto del cabecilla de la organización, quien según las necesidades 'demandadas' en las diferentes casas de citas, los distribuía por las diferentes provincias.

La investigación, que se inició el pasado mes de febrero, ha terminado con la detención de **ocho personas en Palma de Mallorca**, tres en León, una en Barcelona, una en Alicante y otra en Madrid, todas ellas como presuntos autores de un delito de explotación sexual.

Por otro lado, en **Palma de Mallorca**, desde donde se gestionaba la organización, han sido detenidas **otras siete personas** por delitos de infracción de la Ley de Extranjería.

Levante

www.levante-emv.com

FUNDADO EN 1829 | DIRECCIÓN: TOLIVER, 7, 46100, VAL ENCA | T. 963.90.27.00 | DIRECTOR: FERRAN RIBERA | MÓVIL: 77.980

MIÉRCOLES, 1 DE SEPTIEMBRE DE 2010

EL MERCANTIL VALENCIANO

RECICLAJE
este periódico tiene
un índice de reciclaje
del 80,5%

1,10 euros



Muamar el Gadafi

«O nos dan 5.000 millones al año, o Europa será negra» @ 25

ENTREVISTA

Juan José Millás: «A este Gobierno lo han torcido, le han ganado un pulso» @ 45

NOV. CON LEVANTE-SMV

Sorteo del verano
RECORD: EL NÚMERO 1 DEL LOMO DEL PERIÓDICO



El ex ministro Asunción quiere disputar a Alarte la candidatura a la Generalitat

► El ex ministro del Interior cree que obtendrá los avales para forzar unas primarias

■ Antoni Asunción parece decidido a volver a primera línea política tras diez años retirado, con el objetivo de disputarle al secretario general del PSPV, Jorge Alarte, la candidatura socialista a la presidencia de la Generalitat @ 3



Educación convoca becas universitarias que sólo pagará si tiene fondos «suficientes»

► EL IMPORTE PREVISTO PARA LAS AYUDAS ASCIENDE A CASI DOS MILLONES DE EUROS, A CARGO DEL PRESUPUESTO DE 2011
► LA CONVOCATORIA COMPENSA TASAS DE LAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS Y AYUDAS DE MATRÍCULA EN LAS PRIVADAS @ 7

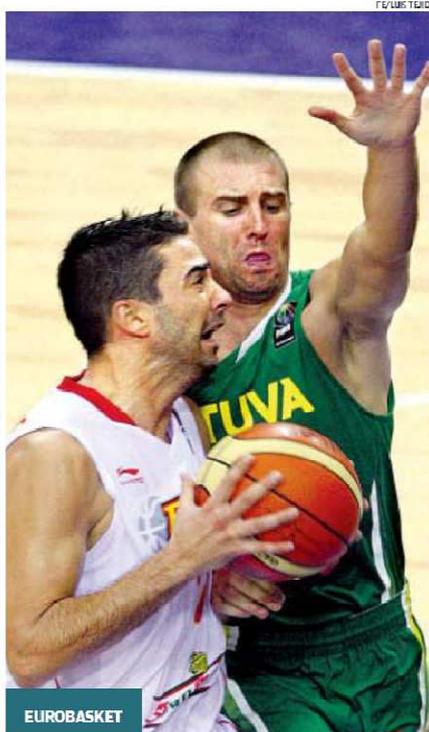
Camps evita pitadas acudiendo por sorpresa a actos donde no se le espera

■ El presidente de la Generalitat no tiene agenda propia desde hace semanas y opta por apariciones sin convocatoria previa @ 4

El déficit del Estado se reduce a la mitad por los recortes y la mayor recaudación de IVA

■ El déficit del Estado se redujo hasta el mes de julio un 48,2% para situarse en el 2,44% del PIB, frente al 4,73% registrado en el mismo período de 2009. El descenso del gasto público por el plan de recortes del Gobierno y el incremento de los ingresos por la subida del IVA redujeron el desequilibrio.

► EL DÉFICIT EXTERIOR BAJA UN 13% HASTA JULIO
► LA SEGURIDAD SOCIAL RECORTA SU SUPERÁVIT UN 28,7% EN LOS SIETE PRIMEROS MESES DEL AÑO
► LAS HIPOTECAS SOBRE VIVIENDAS ACELERAN SU CAÍDA @ 26 y 27



EUROBASKET

Derrota España se complica el futuro

Cae en Torrevieja la primera red de prostitución masculina de España

■ La policía ha detenido a 14 personas en varias provincias españolas. La organización, que tenía un piso en Torrevieja, dopaba a los chicos con viagra, «popper» y cocaína para que aguantaran las 24 horas del día @ 22

El hijo de un jeque árabe es hincha del Valencia CF y está prendado de su estadio

► DESLUMBRADO POR LA MAQUETA DEL NOU MESTALLA, HA ENCARGADO AL MISMO ARQUITECTO QUE LE CONSTRUYA UN «CAMELLÓDROMO» @ 31



LEVANTE-EMV
VALENCIA CF
Stankevičius
llega cedido para completar la defensa @ 30

LEVANTE UD Caicedo, refuerzo de última hora

► EL DELANTERO ECUATORIANO DEL MANCHESTER CITY FIRMA POR UNA TEMPORADA @ 32

CANAL 9 500 millones y sin partidos de fútbol

► DE NADA LE HAN SERVIDO LOS PAGOS A LOS CLUBES LOCALES @ 5



El Saler
SANTO DOMINGO
tu propia versión

EL PAÍS

www.elpais.com

EL PERIÓDICO GLOBAL EN ESPAÑOL

MIÉRCOLES 1 DE SEPTIEMBRE DE 2010 | AÑO XXXV | Número 12 126 | EDICIÓN MADRID | Precio: 1,20 euros



Resurrección y muerte en Chile

Artículo de Rivera Letelier, escritor y ex minero **PÁGINA 6**



Literatura contra la propaganda

Alberto Manguel combate las mentiras con ficción **PÁGINA 31**

España fracasa ante Lituania

La derrota complica el camino hacia la final **PÁGINAS 38 A 41**



MENSAJE DE OBAMA TRAS LA RETIRADA DE LAS TROPAS DE COMBATE

“No vamos a cantar victoria. Aún tenemos mucho trabajo en Irak”

El Gobierno de Bagdad proclama la nueva soberanía del país

J. M. MUÑOZ / D. ALANDETE
Bagdad / Washington

“No vamos a cantar victoria. No vamos a ser autocomplacientes. Aún hay mucho trabajo que hacer en Irak. Nuestra tarea en Irak

aún no ha terminado”. Con estas palabras, el presidente de EE UU, Barack Obama, arengó a sus tropas en la base militar de Fort Bliss, en Tejas, horas antes del discurso a la nación que pronunciará esta madrugada desde el Des-

pacho Oval. Con su alocución, el presidente dio por concluida de manera oficial la guerra tras más de siete años de ocupación, pero evitó cantar victoria. Una vez retiradas las últimas tropas de combate, aún seguirán desplegados

50.000 soldados hasta el fin de 2011 para tareas de instrucción.

El primer ministro iraquí, Nuri al Maliki, fue solemne en Bagdad al anunciar: “Iraqíes, recuperéis la soberanía de vuestro país”. **PÁGINAS 2 A 4**



El presidente de EE UU, Barack Obama, saluda en Fort Bliss (Tejas) a soldados que han regresado de Irak. / AFP

LAS CLAVES DE UNA NEGOCIACIÓN

Conjura contra un adelanto electoral

PSOE y PNV fijan las prioridades para salvar los Presupuestos

L. R. AIZPEOLEA, Madrid

El equipo de confianza de Zapatero, formado por los ministros Alfredo Pérez Rubalcaba y José Blanco más el portavoz parlamentario, José Antonio Alonso, habló con el líder del PNV, Iñigo

Urquillu. Gobierno y nacionalistas coincidieron en tratar de evitar el adelanto electoral a toda costa. Para ello, se propusieron alcanzar un pacto que mejorase los traspasos previstos a Euskadi a cambio del voto del PNV para salvar los Presupuestos. **PÁGINA 9**

El déficit del Estado se reduce a la mitad tras el plan de ajuste

El IVA y los recortes dejan superávit en julio

LUCÍA ABELLÁN, Madrid

Las cuentas públicas empiezan a levantar cabeza. El drástico plan de ajuste del Gobierno (rebaja de sueldos a los funcionarios y fijeza a las inversiones), las medidas fiscales incluidas en los Presupuestos, la tímida mejora económica y algunos cambios en la contabilización de los ingresos permitieron al Estado lograr en julio un superávit de casi 4.000 millones de euros. Con ello, el déficit acumulado hasta julio se reduce a 25.774 millones, el 2,44% del PIB, la mitad que en el mismo periodo del año anterior. **PÁGINA 18**

EDITORIAL EN LA **PÁGINA 22**

El asesinato de cuatro israelíes amenaza el proceso de paz

ENRICH GONZÁLEZ, Jerusalén

Cuatro colonos israelíes fueron acerbados a tiros anoche cerca de Hebrón (Cisjordania). Los atacantes se acercaron a las víctimas para rematarlas a quemarropa. El ataque se produce antes de que israelíes y palestinos reanuden hoy en Washington las negociaciones de paz. **PÁGINA 5**

Desmantelada una red que explotaba sexualmente a hombres

Bajo la promesa de un trabajo de modelo o bailarín, decenas de jóvenes brasileños cayeron en una red que les ha explotado durante más de un año en España. La policía anunció ayer su desarticulación. Catorce personas, la mayoría brasileñas como las víctimas, han sido detenidas. La red administraba Viagra y drogas a los jóvenes para que estuvieran disponibles 24 horas al día. **PÁGINA 28**

YO SOY AHORRADOR CUENTA NARANJA

¡ÚLTIMOS DÍAS!

3,5% T.A.E.*
LOS 4 PRIMEROS MESES. Para nuevos clientes.

SIN COMISIONES. **SIN CONDICIONES.**

901 020 040
www.ingdirect.es
¡Y en tu oficina!

ING DIRECT
Un Gran Banco que hace Fresh Banking

*T.A.E. calculada para cualquier importe. Abono mensual de intereses. Tipo de interés nominal anual aplicable a partir de la fecha del primer depósito. SUPLEN 0,500% T.A.E. durante el primer mes y después se remunerará el tipo de interés en vigor de la cuenta AHORRADORA, actualizándose 1,40% interés nominal anual (1,20% T.A.E.). Promoción exclusiva para nuevos clientes hasta el 30/09/10. ING DIRECT S.A. inscrita en España. La cuenta NARANJA no admite domiciliación de recibos. *S.E.C.C.I./D.P.N.C.E.

sociedad

Los hombres también sufren explotación sexual en España

Cae la primera red de prostitución masculina ● 80 brasileños fueron atraídos con la promesa de trabajar de bailarines ● Les daban Viagra para mantenerlos activos

RAQUEL SECO
Madrid

Llegaban a España desde Brasil engañados por una promesa de trabajo como modelos o bailarines. Algunos sí sabían que se dedicarían a la prostitución, pero desconocían las condiciones en que iban a ser explotados: hacinados en pisos pequeños "similares a un submarino", con jornadas de trabajo interminables y constante consumo de Viagra, popper (un vasodilatador que se usa para facilitar la relación sexual) y estupefacientes para mantener el ritmo de encuentros sexuales, según la policía.

Los investigadores anunciaron ayer la desarticulación por primera vez de una red dedicada a explotar sexualmente a hombres en España, en la que 14 personas la mayoría de nacionalidad brasileña, como todas las víctimas—han sido detenidas. Todas ellas están acusadas de delitos contra los derechos de los ciudadanos extranjeros relativos a la prostitución, contra los derechos de los trabajadores y asociación ilícita. Los investigadores calculan que explotaron a entre 60 y 80 personas en los últimos meses (un 80% de hombres, un 10% de mujeres y la misma proporción de transexuales).

Las víctimas debían pagar deudas de más de 4.000 euros a la organización

La red explotó también a algunas mujeres y transexuales

El perfil de las víctimas era de chicos entre 22 y 29 años procedentes de la región de Maranhao, al norte de Brasil, que buscaban un futuro en España. La red les facilitaba los billetes de avión, comprados con tarjetas clonadas, con los que viajaban a otros países (principalmente Francia e Italia). Desde allí accedían a territorio español, donde posteriormente eran distribuidos entre diferentes pisos, según las necesidades de la organización: primero en Palma de Mallorca y Barcelona, localidades en las que residía el cabecilla de la red. Cuando estaban "quemados" (cuando los clientes ya los conocían), los trasladaban a viviendas en Madrid o Alicante. En la provincia de León ejercían en el club Brúndis, donde compartían estancias con mujeres.

Los prostitutos, que cobraban unos 60 euros por media ho-



Varios de los trabajadores del sexo obligados a prostituirse por la red./EFE

El perfil del trabajador sexual

► Número indeterminado

No existen datos exactos. El informe de 2008 *Trabajadores masculinos del sexo: aproximación a la prostitución masculina en Madrid*, de la Fundación Triángulo cree que solo en Madrid capital serían más de un millar. El año pasado, las fuerzas de seguridad atendieron a 1.301 víctimas de trata de seres humanos con fines de explotación sexual (un 41% más que en 2011). El 95% (1.236 eran mujeres).

► **Inmigrantes.** La mayoría de los hombres que ejercen la

prostitución son inmigrantes, según datos de la Fundación Triángulo. Aunque calculan que la cantidad de hombres que se dedica a la prostitución se mantiene estable, la proporción de españoles se ha triplicado en los dos últimos años por la crisis económica.

► **Brasileños.** La mayoría de los hombres que ejercen la prostitución en España son brasileños. A continuación los marroquíes, rumanos y españoles.

► **Bisexuales.** La Fundación Triángulo, señala que el 46,5%

de los trabajadores del sexo entrevistados se declaran bisexuales, el 30,7% heterosexuales y el 22,8% homosexuales.

► **Juventud.** Son jóvenes (entre 20 y 30 años). Los prostitutos suelen ejercer esa actividad en torno a un año.

► **Con otra actividad.** El 50,5% de los encuestados en Madrid afirmó haber compaginado la prostitución con otra actividad en los últimos seis meses, frente al 49,5% que solo se dedicaba a la prostitución.

ra de servicio, debían entregar a la organización la mitad de sus ingresos, además de unos 200 euros semanales en concepto de alojamiento y manutención. La red también les obligaba a abonar unos 4.000 euros por el traslado a España, aunque en un principio les habían asegurado que solo tendrían que pagar el billete.

Para afrontar esta deuda, los prostitutos tenían que estar disponibles las 24 horas del día. Si intentaban dejar la trama recibían amenazas, "incluso de muerte", según la policía. Las víctimas que ahora colaboren con la justicia podrán solicitar el permiso de residencia en España por circunstancias excepcionales, igual que en los casos de mujeres víctimas de explotación sexual.

Para atraer clientes, la red publicaba anuncios en la sección

de contactos de varios periódicos locales y en diferentes sitios web en los que exhibían fotografías de los jóvenes. La clientela estaba compuesta por hombres de todas las edades y situaciones económicas. La operación policial comenzó en febrero de este año tras la declaración de una de las víctimas, que fue detenida en Granada por estancia irregular, aunque los investigadores creen que la estructura llevaba funcionando entre seis y ocho meses.

Esta es la primera red de explotación sexual de hombres que se desarticula en España, según la policía. Expertos de la Fundación Triángulo —la única organización que ha hecho un estudio sobre la prostitución masculina en nuestro país— señalan como precedente la *Operación Amazonia* de 2006 en Extremadura, en la que fueron deteni-

das cinco personas por explotar sexualmente a ciudadanos brasileños, aunque fuentes policiales han asegurado que aquella no se consideró una red propiamente dicha, ya que carecía de la estructura y la organización de la que ha sido desmantelada ahora.

La coordinadora de la Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención de la Mujer Prostituida (Apramp), Rocío Mora, señaló que la explotación sexual masculina puede parecer un fenómeno nuevo, pero que es simplemente "invisible". Fuentes de Apramp aseguran que el acceso a hombres y mujeres explotados sexualmente resulta cada vez más difícil, porque en los últimos cinco años han ido abandonando los espacios públicos para desplazarse a lugares cerrados, como pisos particulares, saunas y clubs de alterne.

Voluntario e invisible

OPINIÓN

Iván Zaro

Afortunadamente, casos como la desarticulación de una red de trata de hombres con fines de explotación sexual son anecdóticos en España. La prostitución masculina resulta una absoluta desconocida ante la sociedad y ahí radica su principal característica, la invisibilidad. Los trabajadores del sexo han requerido siempre de la discreción para la supervivencia de su actividad en sociedades donde el sexo entre hombres ha estado, y continúa estando en algunos rincones del planeta, castigado con penas de privación de libertad y hasta de muerte.

Otra característica es la voluntariedad del ejercicio de la prostitución. En el primer estudio específico sobre Trabajadores del Sexo en España, editado por la Fundación Triángulo en 2008, se refleja que el 100% de los encuestados y entrevistados afirmaron ejercer prostitución *motu proprio* sin ser coaccionados ni amenazados por segundas personas, lo cual no exige que, tratándose de una actividad carente de normativa que la regule, pudieran existir redes de explotación y extorsión.

Prosiguiendo con las pinceladas que permitan aproximarse a la realidad de la prostitución masculina, nos topamos con el estigma y su consecuente discriminación. ¿Acaso hay mayor discriminación que la invisibilidad en sí misma? El desconocimiento sobre la población está condenado a perpetuarse debido a la escasa literatura científica, incluso en aspectos tan vitales como la salud sexual, a pesar de que los hombres que ejercen prostitución son uno de los colectivos con mayor prevalencia de VIH.

En la actualidad, la realidad de la prostitución muta rápidamente. Por ejemplo, la presión policial ejercida en las calles de algunas ciudades españolas debido a ordenanzas municipales de hostigamiento llevan a las personas que ejercen la prostitución a la clandestinidad pero no al abandono del ejercicio. La clandestinidad agudiza la vulnerabilidad del colectivo y las condiciones en las que ejercen la prostitución aquellos hombres que lo hacen de forma autónoma, sin extorsiones ni amenazas, es decir, la amplia mayoría.

La prostitución es una realidad poliédrica que requiere de un profundo análisis y una respuesta ágil ante las diferentes necesidades vividas por sus protagonistas. Una estrategia fructífera pasa por dar la palabra a los trabajadores del sexo, reduciendo así su estigma, sin cesar en la lucha contra cualquier red que viole derechos humanos y se aproveche de las desigualdades del sistema.

Iván Zaro es coordinador del Área de Salud de la Fundación Triángulo.

Primer golpe a las redes de prostitución masculina

Las víctimas eran drogadas y forzadas a consumir Viagra continuamente para estar disponibles las 24 horas del día

01.09.10 - 00:26 -

E. CABALLERO | MADRID.

La Policía Nacional ha detenido a 14 personas acusadas de integrar una organización dedicada a la explotación sexual de hombres. Se trata del primer a red de prostitución masculina forzada que se desmantela en España.

La mayoría de las víctimas eran captadas en la región de Maranhao, al norte de Brasil, donde la red ofrecía a los jóvenes puestos de trabajo y cantidades económicas falsas. La mayoría pensaba que trabajarían en España como 'gogós', bailarines o modelos, aunque también es cierto que algunos sabían que venían a ejercer la prostitución, según la Policía Nacional.

Desde Brasil, las víctimas, entre 60 y 80 hombres de entre 20 y 30 años, viajaban a aeropuertos de Italia y Francia con billetes comprados por la organización con tarjetas clonadas. Desde esos puntos eran trasladados a España.

En un principio, la trama comunicaba a los jóvenes que sólo debían hacer frente a los gastos del viaje, pero cuando llegaban al país eran obligados a entregar a la organización una cantidad que en ocasiones superaba los 4.000 euros.



Varios de los jóvenes sometidos a explotación en una imagen de la Policía. :: EFE

Una vez en España, el líder de la red, con domicilio en Palma de Mallorca, distribuía a los hombres en diferentes casas de citas repartidas por todo el país y eran obligados a prostituirse las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Además, debían entregar al cabecilla de la organización el 50% por ciento de las ganancias y 200 euros en concepto de manutención y alojamiento. Para esta disponibles a lo largo de todo el día, los jóvenes recibían cocaína, 'popper' y viagra, según explicaron ayer los responsables de la Brigada Central de Redes de Inmigración de la Comisaría General de Extranjería y Fronteras.

60 euros

La banda atraía a los clientes, hombres de todas las edades y estratos sociales, mediante anuncios en la sección de contactos de diferentes periódicos y en distintas páginas web donde 'colgaba' las fotografías de los chicos disponibles en cada uno de los prostíbulos. En Palma de Mallorca, la mayor parte de la clientela eran extranjeros que pagaban una cuota más cara de lo habitual, que era de alrededor de 60 euros por media hora de servicio.

La investigación, que comenzó el pasado febrero, se ha llevado a cabo en las ciudades de Palma de Mallorca, Barcelona, Alicante, Madrid y León. En esta última, los hombres también trabajaban en un club, 'Brindis', donde ejercían la prostitución junto a mujeres. De hecho, algunas de las víctimas de la red son mujeres y transexuales.

Los detenidos están acusados de delitos contra los derechos humanos relacionados con la prostitución, contra los derechos de los trabajadores, asociación ilícita y tráfico de drogas. Algunos de los arrestados tienen antecedentes relacionados con la prostitución, según fuentes policiales, que no descartan nuevas detenciones ya que la operación continúa abierta.

"La trata de hombres con fines sexuales es residual"

Las ONG coinciden en que la mayoría de prostitutos lo son por elección propia

SUSANA HIDALGO MADRID 01/09/2010 00:05

Las organizaciones que trabajan con el entorno de la prostitución coinciden: la mayoría de los hombres que ofrecen servicios sexuales en España lo hacen por voluntad propia. "La trata de hombres **con fines de explotación sexual es residual, no llega al 1%**", señala Iván Zaro, representante de Salud de la Fundación Triángulo y autor del estudio *Trabajadores masculinos del sexo: aproximación a la prostitución masculina en Madrid*, uno de los escasos informes que existen sobre este asunto.

Del total de personas que ejercen la prostitución en España, el 20% son hombres. "La mayoría son inmigrantes, pero el número de españoles que por la crisis se está prostituyendo se ha multiplicado **en el último año por tres**", afirma Zaro.

La prostitución masculina en plena calle es poco común, la mayoría opta por internet para anunciarse y establecer contacto con los clientes.

Las organizaciones que trabajan con mujeres explotadas sexualmente también afirman que apenas existen casos de hombres víctimas de la trata. "La explotación sexual es mayoritariamente hacia las mujeres, eso no quiere decir que no haya hombres, **pero son muy pocos**", explica Rocío Nieto, portavoz de la Asociación para la Reinserción de Mujeres Prostituidas (Apramp).

Lo que sí confirma esta asociación es que se ha producido un aumento de víctimas de trata procedentes de Brasil, como el caso de la red desmantelada recientemente por la policía. "El porcentaje de mujeres brasileñas que tratamos asciende a un 28%, cuando hace dos años no llegaba ni a un 8%", afirma Nieto. La policía calcula que en toda Europa, unas 75.000 brasileñas ejercen la prostitución, **de las que 15.000 estarían residiendo en España.**



Prostitución callejera masculina en Madrid. G. Pecot

Cae una red de explotación sexual de hombres por primera vez en España

- Detenidas 14 personas en Mallorca, Madrid, Barcelona, Alicante y León
- Captados en Brasil, recibían cocaína y Viagra para prostituirse 24 horas al día
- Venían engañados y creían que trabajarían de gogós, modelos o bailarines

RTVE.es/AGENCIAS 31.08.2010

La Policía ha desarticulado por primera vez en España una red que se dedicaba a traer de Brasil a **hombres, aunque también captaban a travestis y mujeres en menor proporción**, para luego explotarlos sexualmente en pisos, aunque buena parte de ellos creían que venían para ser **gogós, modelos o bailarines**.

La policía ha detenido a 14 personas en **Palma de Mallorca, Madrid, Barcelona, Alicante y León**, según ha informado la Dirección General de la Policía y la Guardia Civil.

En total, los delincuentes pudieron traer a España con ese fin a cerca de **80 personas procedentes del estado brasileño de Maranhão**, de las que un 80%, es decir 64 eran hombres, y el resto travestis y mujeres, en la misma proporción.

Algunos de ellos, que cuentan con **entre 22 y 29 años**, sabían que venían a ejercer la prostitución, aunque creían que lo harían en otras condiciones, mientras que otros lo desconocían totalmente y estaban convencidos de que iban a ser contratados como gogós, bailarines o modelos.

Los hombres eran captados en Brasil y la organización les facilitaba la "bolsa de viaje" y el billete de avión, que era comprado con tarjetas "clonadas" y, una vez en España, el líder de la organización **les distribuía por las diferentes casas de citas** y les proporcionaba **cocaína y Viagra para prostituirse 24 horas al día**.

La red atraía a los clientes mediante anuncios en la sección de contactos de periódicos y en diferentes páginas web, donde exhibían fotografías de los chicos disponibles.

Viajaban engañados

En la mayoría de las ocasiones, los chicos llegaban a aeropuertos de terceros países y se desplazaban desde allí hasta España.

Las víctimas **viajaban engañadas en cuanto a las condiciones de trabajo que tendrían que realizar** y, sobre todo, en relación a las cantidades económicas que debían devolver a la organización en concepto de gastos de viaje.

Así, al principio les aseguraban que sólo deberían hacer frente al coste del billete cuando en realidad les **exigían cantidades que en ocasiones superaban los 4.000 euros**.



Una vez en España, el cabecilla de la organización, que residía en Palma, repartía a los chicos en varias provincias, según las necesidades que tenían de hombres las diferentes casas de citas.

El responsable de la trama les proporcionaba además cocaína, "**popper**" (una droga para la estimulación sexual) y **Viagra** para prostituirse 24 horas al día.

Una deuda de 4.000 euros

Las víctimas vivían hacinadas en los pisos -en una pequeña habitación con dos o tres literas dormían entre cuatro y seis-, que contaban con un pequeño salón, donde se presentaban a sus clientes, con los que luego se iban a otras estancias de la casa.

Por sus servicios a los clientes, en su mayoría hombres de entre 20 y 65 años, **cobran unos 60 euros**, aunque la mitad del dinero lo tenían que entregar a los responsables de la red, a los que tenían que pagar **unos 4.000 euros por haberlos traído a España**, aunque en un principio les habían asegurado que solo deberían hacer frente al coste del billete.

Además de entregar la mitad de la recaudación, los chicos tenían que pagar a los delincuentes **200 euros por el alojamiento y la manutención**.

La organización facilitaba a las víctimas una bolsa de viaje y el billete de avión, que era comprado con tarjetas clonadas, y para no levantar sospechas antes de venir a España pasaban por otros aeropuertos de países como Francia e Italia.

Bajo amenaza de muerte

Si los hombres se negaban o causaban algún tipo de problema, los responsables de la red les **amenazaban incluso con matarles**.

El cabecilla de la red vivía entre Palma de Mallorca y Barcelona y en la Ciudad Condal contaba con un piso, donde residía, aunque también lo convertía en una casa de citas cuando no estaba.

Las investigaciones sobre esta red, que atraía a los clientes a través de **anuncios en la sección de contactos de periódicos locales** y en diferentes páginas web, donde colgaban las fotografías de los chicos disponibles, comenzaron el pasado mes de febrero, cuando uno de ellos denunció los hechos en Granada.

Ocho de las detenciones se han practicado en Palma de Mallorca; tres en León; una en Barcelona; una en Alicante y otra en Madrid.

Los arrestados han sido acusados de delitos contra los derechos de los ciudadanos extranjeros, relativos a la prostitución, contra los derechos de los trabajadores y asociación ilícita, además otros relacionados con el tráfico de estupefacientes por proporcionar droga tanto a clientes como a las propias víctimas

Cae una red de explotación sexual de hombres por primera vez en España - RTVE.es - Mozilla Firefox

Archivo Editar Ver Historial Marcadores Herramientas Ayuda

http://www.rtve.es/noticias/2010/11/31/cae-red-explotacion-sexual-hombres-primer-vez-espana/350637.html

Más visitados Correo: Entrada Comenzar a usar Firefox Últimas noticias Universidad Jaume I

MeFéeShelobóbor

Correo: Entrada Cae una red de explotación sexual... Antena3.com - Videos - Cinco mese...

rtve.es Móviles Registrarse Iniciar sesión Busca en rtve Buscar

Portada Noticias Televisión Radio Deportes El tiempo Infantil

NOTICIAS Telediario en 4º Mundo España Economía Cultura Ciencia Lotería Tecnología Elecciones Cataluña Más Temas

Noticias > España

Compartir Imprimir Enviar

Cae una red de explotación sexual de hombres por primera vez en España

- Delenidas 14 personas en Mallorca, Madrid, Barcelona, Alicante y León
- Captados en Brasil, recibían cocaína y Viagra para prostituirse 24 horas al día
- Venían engañados y creían que trabajarían de gogós, modelos o bailarines



Transfiriendo datos...

© 2009 Warner Bros. Ent. Corp. Todos los derechos reservados. © S.A.S.

ES 13:02 16/11/2010

Lo + visto **Lo último**

- España entrena sin Meta, Ramos ni Torres
- Facebook lanza su nuevo correo electrónico que "no es un e-mail"
- Maragán desconoce que la enmienda sobre la congelación de las pensiones pasará por el Congreso
- Ronaldo y Casillas, ¿amigos o rivales?
- Marruecos denuncia los "métodos salvajes" de los "bárbaros" saharauis contra la policía
- El Príncipe Guillermo de Inglaterra se casará con su novia Kate Middleton en 2011
- Amaral, locutora de Radio 3
- La nueva camiseta de la 'Roja'
- Al menos 60 muertos al incendiarse un bloque de viviendas en Shanghai
- Preguntas y respuestas desde y para Cataluña: ¿qué le preguntarías a un catalán? ¡Hablemos!

Previsión

24h EN DIRECTO en rtve.es **24h**

angelbrunovalentino felipedaniel davidivangabriel joheneduardoantonio jorgealexgustavo joseluispedro julio manudiago caiolucas mateopao lohugosebastian victorian junior angelbrunovalentino
daniel davidivangabriel joheneduardoantonio jorgealexgustavo joseluispedro julio manudiago caiolucas mateopao lohugosebastian victorian junior angelbrunovalentino felipedaniel davidivanga
heneduardoantonio jorgealexgustavo joseluispedro julio manudiago caiolucas mateopao lohugosebastian victorian junior angelbrunovalentino felipedaniel davidivangabriel joheneduardoantonio
alexgustavo joseluispedro julio manudiago caiolucas mateopao lohugosebastian victorian junior angelbrunovalentino felipedaniel davidivangabriel joheneduardoantonio jorgealex
vavo joseluispedro julio manudiago caiolucas mateopao lohugosebastian victorian junior angelbrunovalentino felipedaniel davidivangabriel joheneduardoantonio jorgealexgustavo joseluispedro jul
diago caiolucas mateopao lohugosebastian victorian junior angelbrunovalentino felipedaniel davidivangabriel joheneduardoantonio jorgealexgustavo joseluispedro julio manudiago caiolucas mat
ohugosebastian victorian junior angelbrunovalentino felipedaniel davidivangabriel joheneduardoantonio jorgealexgustavo joseluispedro julio manudiago caiolucas mateopao lohugosebastian vict
nior angelbrunovalentino felipedaniel davidivangabriel joheneduardoantonio jorgealexgustavo joseluispedro julio manudiago caiolucas mateopao lohugosebastian victor jul