

Usos y abusos de drogas en contextos de prostitución

Carmen Meneses Falcón

Departamento de Sociología y Trabajo Social. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid

Resumen

Este trabajo examina los riesgos asociados al consumo de drogas en distintos entornos de prostitución (calle, clubs, saunas, apartamentos), a partir de los datos obtenidos mediante una encuesta a 260 mujeres que ejercían la prostitución y ocho grupos de discusión en seis provincias españolas. El consumo de alcohol, tabaco y cocaína fueron las drogas más usadas, con un patrón de consumo instrumental (excepto el tabaco), para facilitar la realización de los servicios sexuales. Las probabilidades de consumo de alcohol y cocaína se incrementaban cuando el cliente lo demanda, y presentaban ciertos beneficios para las mujeres, como ocuparse con un mayor número de clientes y el incremento de los ingresos económicos. A la vez, estos consumos podían tener consecuencias negativas, como la pérdida de control en la negociación y realización de las prácticas sexuales, y la dependencia a estas sustancias. Los eventos violentos y la desprotección en las prácticas sexuales surgieron como riesgos que enfrentaban, siendo mayor con el consumo de drogas. Algunas mujeres articulaban estrategias para disminuir el riesgo del consumo de drogas.

Palabras Clave

Prostitución, cocaína, alcohol, riesgos.

— Correspondencia a: _____
Carmen Meneses Falcón
Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Universidad P. Comillas ICAI-ICADE de Madrid
C/ Universidad Comillas, 3
28040 Madrid. España.
E-mail: cmeneses@chs.upcomillas.es



Abstract

This article examines the risks about drug use in different prostitution contexts (street, saunas, flats, and brothels). The data was obtained in a survey to 260 women that worked in prostitution, and eight focus groups in six Spanish cities. Alcohol, Tobacco and Cocaine were the more used drugs that making easier the sexual services, by instrumental consume pattern (except tobacco). The probability of alcohol and cocaine use was greater if the client requested to consume it, and showing some profit to women, for example more customers and more economic pay. Consume of these drugs could have negative consequences, for example lose of control in negotiation with clients, unprotected sexual practices, and drugs addiction. Violent acts and unsafe sex were risk that they reported, as more frequent with drug use. Women adopted strategies to reduce risk in drug consumption.

Key Words

Prostitution, cocaine, alcohol, risks.

I. INTRODUCCIÓN

El uso y abuso de drogas ha estado vinculado a los contextos de prostitución de diferentes maneras (Goldesteins, 1979; Gossop et ál., 1994; Cusick, 1998). Por una parte, los usos de drogas, en concreto los compulsivos, conducen a algunas personas a la realización de la prostitución, es decir, el consumo se ha producido antes de que comience la prostitución. Por otro lado, el desarrollo de la actividad prostitucional se ha relacionado, en mayor o menor medida, con el consumo de sustancias psicoactivas, entre las que incluimos tabaco y alcohol (Meneses, 2010). Los motivos, circunstancias y consecuencias del consumo, así como el tipo de sustancia y la frecuencia, difieren en estos dos patrones de consumo.

Se ha mencionado que entre las personas con usos intensivos y compulsivos de drogas, principalmente heroína y cocaína, una manera

de sostener económicamente dicho consumo ha sido mediante la realización de la prostitución o el intercambio de sexo por drogas (Gossop et ál., 1994; Elwood et ál., 1997; Young et ál., 2000). Por otra parte, el consumo les ayuda a enfrentar los sentimientos negativos que le produce la realización de la prostitución, puesto que no se sienten identificadas como prostitutas (Graaf et ál., 1995; Meneses, 2008). También se ha asociado a este patrón de consumo mayores riesgos y consecuencias negativas para la salud de las mujeres que ejercen la prostitución. En este sentido, se han mencionado mayor incidencia de consumo por vía endovenosa (McKeganey et ál., 1996; Wang y Ge, 2003), menor control para negociar la protección en las relaciones sexuales (Gossop et ál., 1994), mayor probabilidad de ser víctima de violencia o agresión (Church, 2001; Raphael y Shapiro, 2004) y una mayor vulnerabilidad y peor estado de salud (Barnad, 1993).



El segundo patrón de consumo en los contextos de prostitución ha sido el uso de diferentes sustancias de forma instrumental, es decir, como un elemento facilitador en la realización de los servicios sexuales (Cusick, 1998; Cepeda, 2006), aunque también como forma de enfrentar las consecuencias negativas generadas por el ejercicio de la prostitución (Philpot et ál., 1989; Meneses, 2008). Las sustancias psicoactivas de mayor consumo que han sido descritas en este patrón de consumo fueron la cocaína, las anfetaminas, el alcohol, y algunos inhalantes (Goldestein, 1979; Meneses, 2009). El uso de drogas en algunos contextos de realización de la prostitución, como clubs, apartamentos o saunas, permite conseguir un mayor rendimiento para su trabajo, aguantando más horas para relacionarse y ocuparse con los clientes, para soportar las largas horas de espera, combatir el aburrimiento, para generar un clima favorable con los clientes o porque lo demandan éstos mismos (Cusick, 1998; Norton-Hawk, 2001; Cepeda, 2006). En este sentido, se ha relacionado una alta ocupación con los clientes con un mayor uso de drogas (Leggett, 2001). Este tipo de consumo se circunscribe principalmente al contexto de la realización de los servicios sexuales y fuera de este entorno no parece producirse o son otras las sustancias de consumo. Sin embargo, Goldestein (1979) ha señalado cómo estos consumos pueden convertirse en intensivos y compulsivos, siendo la prostitución un contexto de inicio y adquisición de la dependencia a drogas. Además, las repercusiones psicológicas que genera en las mujeres el ejercicio de la prostitución pueden provocar un incremento del consumo (Smith y Marshall, 2007).

Se ha señalado que las personas que ejercen la prostitución en la calle consumen drogas de forma diferente a las que ejercen en locales o apartamentos (Dalla, 2002; Church et ál., 2001), en términos de frecuencia y cantidad, incluso con una mayor dependencia a las mismas. Sin embargo, las personas que se ocupan, o contactan en la calle, son minoritarias del total de población que ejerce la prostitución, estimándose entre el 5% y 20% (ESCODE, 2006). Por otra parte se ha mencionado que existe una desproporción en la presencia de mujeres más vulnerables y en exclusión social en la calle, en términos de raza, etnicidad y género, respecto al sector más oculto de la prostitución (Strega et ál., 2009).

En el momento actual, hablar de prostitución en España supone relacionarlo con los procesos migratorios, aunque ello no implica que todas las mujeres inmigrantes ejerzan la prostitución. Sin embargo, desde la década de los años noventa las mujeres autóctonas que ejercían la prostitución han sido sustituidas mayoritariamente por las mujeres procedentes de otros países, especialmente de Europa del este y Latinoamérica (Meneses, 2010). Algunas de estas mujeres que ejercen la prostitución han empezado a consumir cocaína y otras drogas en los contextos donde realizan la prostitución, puesto que estas sustancias no se encontraban en sus entornos de origen con facilidad. Se ha planteado cómo estos consumos pueden llevar a la desprotección en las prácticas sexuales como sucedía con el consumo compulsivo de heroína (Meneses, 2007). Sin embargo, los condicionantes culturales de origen pueden ser una barrera importante para usar estas sustancias en algunas de ellas, especialmente aquellas procedentes de países subsaharianos,



pues el uso de drogas no es aceptado socialmente entre las mujeres (Beckerleg, 2008), o porque son otras las drogas con las que están familiarizadas (Leggett, 2001).

La población implicada en la prostitución en España es heterogénea y la ecología del riesgo y del consumo de drogas puede variar considerablemente dependiendo del entorno de ejercicio de la prostitución. Los episodios de violencia y agresión, asociado a las mujeres que ejercen la prostitución, por parte de los clientes, han sido muy documentados (Davis, 2000; Church et ál., 2001; Surratt et ál., 2004; Surratt, 2007). El consumo de drogas y los eventos de violencia se han asociado en el ejercicio de la prostitución dependiendo del contexto y tipo de consumo. Las mujeres usuarias problemáticas de drogas, y que ejercen la prostitución en la calle, han tenido más episodios de agresión que las que ejercen en los sectores más ocultos, cuyos consumos de drogas era ocasional o instrumental (Sterk y Elifson, 1990; Barnard, 1993).

El objetivo de este trabajo es examinar los usos de drogas entre las mujeres que realizan la prostitución, las principales sustancias de consumo y los riesgos asociados al mismo.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

En este trabajo se utilizan dos métodos de recogida y análisis de la información: desde metodología cualitativa, mediante grupos de discusión, y metodología cuantitativa, mediante la realización de una encuesta.

Muestra

Los datos que se presentan en este estudio han sido extraídos de dos estudios que se realizaron en seis provincias españolas desde

APRAMP y subvencionado por el PNSD¹. En primer lugar, se presentan resultados obtenidos de una muestra de 260 mujeres que ejercían la prostitución en seis provincias españolas (Madrid, Salamanca, Murcia, Badajoz, Almería y Asturias), con una media de edad de 29,9 años (DS= 8,35), entre 18 y 60 años, que ejercían la prostitución en la calle (22,3%), o en clubs, pisos o apartamentos y saunas (76,2%). El 20,4% eran españolas y el resto de diferentes países de origen (26,2% Europa del este, 43,1% latinoamericanas, 6,9% de África Subsahariana, 1,9% África del norte y el 1,5% asiáticas). Entre las extranjeras la media de la estancia en España fue de 40 meses (DS=51,06), y el 47,3% no tenía una situación regular en el país.

En segundo lugar, se han extraídos algunos resultados obtenidos de 8 grupos de discusión con mujeres que ejercían la prostitución en las provincias de Madrid (1 GD), Badajoz (2 GD), Avilés (2 GD), Murcia (1 GD) y Salamanca (2 GD),

1 Se realizaron dos informes: Uso de drogas en los contextos de prostitución, 2005, y Consumo de alcohol y cocaína en las personas prostituidas y sus clientes, 2007. En el primer estudio se recogió un cuestionario sobre una muestra de 302 personas que ejercían la prostitución (mujeres, varones y transexuales) y 60 entrevistas abiertas. En el presente trabajo se presentan algunos de los datos no publicados de las mujeres que componían la muestra del cuestionario. En el segundo trabajo se realizaron entrevistas a informantes claves (empresarios o encargados de clubs, pisos o apartamentos y saunas), una encuesta a clientes de prostitución (n=143), así como 12 grupos de discusión a mujeres, transexuales y varones. Para este trabajo se utilizan algunos de los análisis realizados, en concreto los grupos de discusión de mujeres. Dado que en el primer estudio sobresalieron los consumos de alcohol y cocaína preferentemente, en el segundo estudio se centró en estos consumos. Los dos estudios fueron subvencionados por el Plan Nacional sobre Drogas, se realizaron desde la Asociación APRAMP y dirigidos por la autora de este trabajo.



en el que participaron 41 mujeres, todas ellas ejerciendo la prostitución en pisos o clubs. Las mujeres tenían una media de edad de 31,6 años (DS=9,5) entre 19 y 52 años, y la gran mayoría no eran españolas.

Procedimiento

Desde la realización de una serie de entrevistas previas (n=60, que no se utilizan en este trabajo), se confeccionó un cuestionario centrado en tres ejes temáticos: datos sociodemográficos, usos de drogas y aspectos relacionados con la prostitución. Los cuestionarios fueron cumplimentados en presencia de miembros de la asociación APRAMP, que tienen una amplia presencia en contextos de prostitución y a las que se les dio instrucciones para su recogida. Dos criterios se utilizaron para recoger y seleccionar a las participantes: entornos diferentes de prostitución (calle, locales, apartamentos, saunas y clubs) y personas de diversas procedencias de origen, incluidas españolas. Los datos fueron recogidos en octubre del 2004 y alrededor de un tercio de las personas contactadas rehusó colaborar.

Los grupos de discusión fueron llevados a cabo por la propia autora de este trabajo, junto con miembros de la Asociación APRAMP, en julio del 2006. Los grupos se confeccionaron con los siguientes criterios: mujeres que llevaran ejerciendo la prostitución un mínimo de seis meses, de distintas nacionalidades, mayores de 18 años y ocupándose en pisos, saunas o clubs en el momento de su participación. Todas las participantes recibieron una gratificación por su colaboración y un compromiso de confidencialidad por escrito. Los grupos de discusión versaron sobre dos ejes temáticos: los riesgos que acontecían en el ejercicio de la

prostitución y las circunstancias y consecuencias del consumo de drogas en el contexto de prostitución.

Análisis de los datos

El análisis de las variables extraídas del cuestionario fue realizado en el programa estadístico SPSS 14.0 para Windows. Se procedió al análisis descriptivo basado en las frecuencias y porcentajes de todas las variables obtenidas. Posteriormente, se analizó mediante tablas de contingencia, con la prueba global de independencia chi cuadrado, las diferencias encontradas entre variables categóricas. La interpretación se apoyó en los residuos tipificados corregidos. Para obtener la diferencia de medias se utilizó la t de Students, controlando los criterios de homogeneidad y normalidad. Por último, se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación Varimax de Kaiser con algunas preguntas realizadas en el cuestionario con cuatro posibilidades de respuesta (nada de acuerdo, poco de acuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo). Con los factores obtenidos se exploró mediante análisis de regresión logística binaria el consumo de alcohol y cocaína.

Los grupos fueron informatizados e introducidos en el programa de análisis cualitativo NVIVO, 2.0 para Windows. De la lectura cuidadosa de los mismos se extrajeron los temas emergentes que posibilitaron la elaboración de las categorías de análisis, que permitieron su codificación y análisis posterior. El análisis y la interpretación fue guiado desde las distintas dimensiones del objeto de estudio, atendiendo a: *Contexto*, condiciones macro y microsociales en las que se produce el consumo de drogas en los



servicios sexuales; *Causas*, aquellos aspectos que originan los usos de drogas; *Consecuencias*, que genera el uso de las drogas y *Estrategias*, formas de proceder en el consumo dentro del contexto de prostitución.

3. RESULTADOS

De la Encuesta

El 25% de las mujeres llevaban menos de un año ejerciendo la prostitución, el 50% entre uno y cuatro años, y otro 25% más de cuatro años, siendo la media de 48 meses (DS=61,6). Dedicaban 6 días de media a la semana al ejercicio de la prostitución (DS=6,2); 10,2 horas de media diarias (DS=5,2), y con un número medio a la semana de 19 clientes (DS=9,1). Existe una correlación positiva y alta entre el tiempo de ejercicio en la prostitución y el tiempo de estancia en España ($n=206$; $r=0,855$; $p=0,000$). El 37,4% obtenía unos ingresos de menos de 1.000 euros al mes, el 32,7% entre 1.000-2.000 euros, 13,5% entre 2.000-3.000 euros y el 15,8% más de 3.000 euros al mes. El 21,9% manifestó haber sufrido algún abuso sexual mientras realizaba la prostitución, el 19,2% este abuso fue antes de realizar la prostitución, y el 40,8% de la muestra ha sufrido alguna agresión por parte de los clientes, siendo mayor entre las que trabajan en la calle (67,2%) que entre las que se ocupan en locales o apartamentos (34%), con diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,000$).

Sobre consumo de drogas se les preguntó por dos frecuencias de uso de las sustancias psicoactivas, alguna vez en la vida y en el último mes (véase Tabla 1), y si se había producido el consumo antes o después de ejercer la prostitución. En esta última variable, solo encon-

tramos diferencias entre mujeres españolas y migrantes en el consumo de cocaína que en las migrantes se produce después, cuando estaban ejerciendo la prostitución (34,6% españolas, 73,8% migrantes, $p=0,000$). El 51,4% nos indicó que tenían una dependencia a drogas en el momento de la encuesta, siendo mayor entre las españolas (73,1%) que entre las migrantes (45,9%) con diferencias significativas ($p=0,000$). Las sustancias de consumo más señaladas de las que sentían que dependían fueron: el tabaco (66,9%), la cocaína (11,7%) y el alcohol (6,1%). El 17,1% había tenido una dependencia a drogas en el pasado (44,2% españolas, 10% migrantes), con diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,000$). El 4,3% se había inyectado alguna vez, el 2,1% señaló haber compartido alguna vez material de inyección y el 3,8% indicó que era positiva al VIH. Las mujeres que consumieron cocaína en el último mes tuvieron una media mayor de ocupación con los clientes que las que no consumieron (usuarias de cocaína $X=21$ clientes, DS=8,4; no usuarias $X=16$ clientes, DS=9,8, $p=0,008$). Estos resultados también han sido obtenidos en el caso del alcohol (usuarias alcohol $X=19$ clientes, DS=9,0, no usuarias de alcohol $X=16$ clientes, DS=7,7, $p=0,019$). Sin embargo, no encontramos diferencias significativas entre las que consumieron cocaína y alcohol en el último mes según ejerciesen la prostitución en la calle o en locales (cocaína $p=0,191$; alcohol $p=0,097$). Sin embargo, aquellas que consumieron heroína en el último mes ejercían la prostitución en la calle, con diferencias significativas con las que se ocupaban en locales ($p=0,004$). Por último, entre las que consumieron en el último mes alcohol y cocaína encontramos una diferencia significativa en la media de tiempo ejerciendo la prostitución



Tabla 1. Consumo de drogas en mujeres que ejercen la prostitución, alguna vez y último mes. Diferencias entre españolas y migrantes. % (n)

	ESPAÑOLAS	MIGRANTES	Total	p
Alcohol				
Alguna vez	88,2 (45)	81,9 (167)	83,1 (212)	0,277
Último mes	70,2 (33)	81,6 (142)	79,2 (175)	0,088
Tabaco				
Alguna vez	96,2 (50)	79,5 (159)	82,9 (209)	0,004
Último mes	98,0 (48)	83,2 (139)	86,6 (187)	0,008
Cannabis				
Alguna vez	61,9 (26)	28,8 (56)	35,7 (82)	0,000
Último mes	42,4 (14)	39,1 (27)	40,2 (41)	0,751
Éxtasis				
Alguna vez	11,1 (4)	8,9 (16)	9,3 (20)	0,682
Último mes	7,7 (1)	5,7 (2)	6,3 (3)	0,801
Anfetaminas				
Alguna vez	19,4 (7)	4,5 (8)	7,1 (15)	0,001
Último mes	7,1 (1)	6,9 (2)	7,0 (3)	0,976
Cocaína				
Alguna vez	63,3 (28)	56,5 (109)	57,8 (137)	0,386
Último mes	56,3 (18)	79,5 (89)	74,3 (107)	0,008
Heroína				
Alguna vez	42,5 (17)	3,9 (7)	11,0 (24)	0,000
Último mes	31,8 (7)	3,8 (1)	16,7 (8)	0,010
Metadona				
Alguna vez	32,4 (12)	0,6 (1)	6,0 (13)	0,000
Último mes	41,2 (7)	4,0 (1)	19,0 (8)	0,003
Tranquilizantes				
Alguna vez	51,2 (22)	23,0 (43)	28,3 (65)	0,000
Último mes	73,1 (19)	63,3 (31)	66,7 (50)	0,391
Antidepresivos				
Alguna vez	45,2 (19)	10,4 (19)	17,0 (38)	0,000
Último mes	60,9 (14)	41,7 (15)	49,2 (29)	0,150
Inhalantes				
Alguna vez	18,2 (6)	5,1 (9)	7,1 (15)	0,007
Último mes	0,0 (0)	9,4 (3)	6,5 (3)	0,236



(cocaína $p=0,001$, alcohol $p=0,043$). En ambos casos hallamos menos tiempo por término medio entre las que consumieron en el último mes (cocaína en el último mes $X=36,14$ meses, $SD=31,36$; no consumidoras $X=94,06$ meses, $SD=97,34$; alcohol en el último mes $X=44,86$ meses $DS=57,63$, no consumo de alcohol en el último mes $X=71,61$ meses $DS=80,24$).

Con algunas variables recogidas se ha realizado un análisis factorial exploratorio,

obteniéndose cinco factores, que explican el 64,61% de la varianza (véase Tabla 2.). El primer factor, que le hemos denominado **Riesgos**, nos explica el 14,4% de la varianza y lo componen aquellas variables que hacen referencia a la vulnerabilidad y a los riesgos de la prostitución, con los mayores pesos factoriales. En este factor también queda recogida la variable ingresos económicos que actuaría negativamente. El segundo factor, que denominamos

Tabla 2. Factores en el ejercicio de la prostitución

	F1. Riesgos	F2. Consumo- Cliente	F3. Consumo-Servicios sexuales	F4 Dedicación	F5 Trabajo
Si consumo drogas me siento más indefensa para negociar con el cliente	,847				
Me siento más vulnerable ante el cliente cuando consumo drogas	,778				
Realizar la prostitución conlleva riesgos	,626				
Ingresos mensuales derivados de la prostitución	-,467			,462	
Solo uso drogas cuando realizo servicios sexuales		,842			
La mayoría de los clientes consumen drogas		,667			
Gano más dinero si utilizo drogas con el cliente		,660			
Resulta muy difícil no usar drogas con el cliente			,796		
Si no uso alguna droga no soy capaz de realizar los servicios sexuales			,781		
El uso de drogas facilita la realización de servicios sexuales			,778		
Dedicación semanal prostitución/días				,776	
Número clientes semana				,758	
Horas diarias prostitución				,647	
La prostitución es un trabajo como cualquier otro					,796
Se gana mucho dinero realizando servicios sexuales					,759
Autovalores	2,16	2,07	2,05	1,88	1,51
Varianza explicada	14,40	13,82	13,75	12,57	10,08

El análisis factorial es pertinente, $KMO= 0,641$; $n=239$; $Determinante= 0,017$; ($Esfericidad\ de\ Barlett= \chi^2=825,14$; $gl=105$; $p=0,000$). Análisis de componentes principales, Rotación por Varimax de Kaiser



brevemente **Consumo-con Cliente** recoge con mayores pesos factoriales las variables que se relacionan con el consumo de drogas con el cliente y nos explica el 13,8% de la varianza. En el tercer factor, denominado **Consumo-Servicios sexuales**, se posicionan las variables que tienen cierta relación con la necesidad de consumir en el ejercicio de la prostitución, y obtenemos el 13,7% de la varianza explicada. El cuarto factor, que hemos llamado **Dedicación-prostitución**, reúne las variables relacionadas con la dedicación a la prostitución, explicando el 12,5%

de la varianza. Por último, el quinto factor, **Prostitución-trabajo**, concentra las variables que hacen referencia a la prostitución como una actividad u ocupación laboral y nos explica el 10,1% de la varianza.

- **Consumo de cocaína y alcohol:** Con los factores extraídos anteriormente, realizamos un análisis de regresión logística para explicar el consumo de alcohol y cocaína (véase Tabla 3), en las dos frecuencias de consumo recogidas. Respecto al consumo de alcohol dos factores son significativos, los factores Consumo-Cliente

Tabla 3. Regresión logística binaria para el consumo de cocaína y alcohol

ALCOHOL, alguna vez	Coef	Prueba de wald	p	OR	IC del 95%
F. Riesgos	-,517	3,854	,050	,596	0,356-0,999
F. Consumo-Cliente	1,559	31,888	,000	4,755	2,768-8,168
F. Consumo-Necesidad	,730	7,515	,006	2,075	1,231-3,498
F. Dedicación	-,261	,996	,318	,770	0,461-1,286
F. Prost-Trabajo	,060	,074	,786	1,062	0,688-1,641
COCAÍNA, alguna vez					
F. Riesgos	-,906	16,596	,000	,404	0,261-0,625
F. Consumo-Cliente	1,572	36,830	,000	4,815	2,898-7,999
F. Consumo-Necesidad	1,201	19,663	,000	3,324	1,955-5,653
F. Dedicación	,260	1,588	,208	1,297	0,866-1,942
F. Prost-Trabajo	-,733	9,383	,002	,481	0,301-0,768
ALCOHOL, último mes					
F. Riesgos	,236	1,113	,291	1,266	0,817-1,960
F. Consumo-Cliente	,626	7,812	,005	1,869	1,206-2,899
F. Consumo-Necesidad	,127	,355	,551	1,136	0,748-1,725
F. Dedicación	,290	1,967	,161	1,336	0,891-2,003
F. Prost-Trabajo	-,207	1,096	,295	,813	0,552-1,198
COCAÍNA, último mes					
F. Riesgos	-,421	2,845	,092	,656	0,402-1,071
F. Consumo-Cliente	,804	6,926	,008	2,234	1,228-4,066
F. Consumo-Necesidad	,197	,579	,447	1,218	0,733-2,023
F. Dedicación	,458	3,708	,054	1,582	0,992-2,522
F. Prost-Trabajo	-,142	,358	,550	,868	0,546-1,380



y Consumo-Servicios Sexuales, con cuatro y dos veces más probabilidades de que se realice el consumo de alcohol en la frecuencia de alguna vez, mientras que en el último mes solo es significativo el factor Consumo-Cliente. En el caso del consumo de cocaína, todos los factores son significativos y explicativos, exceptuando el factor Dedicación, en la frecuencia de alguna vez, pero cuando está implicado los factores Consumo-Cliente y Consumo-Servicios sexuales nuevamente se tiene cuatro y tres veces más probabilidad respectivamente de producirse el consumo de cocaína. En el consumo del último mes, solo es significativo el factor Consumo-cliente, con dos veces más probabilidades de producirse el consumo.

De los Grupos de Discusión

Diferentes riesgos emergieron en los grupos de discusión con las mujeres: el riesgo a sufrir violencia, el riesgo al contagio de enfermedades, el riesgo al estigma de prostituta, o ser reconocida como tal, y el riesgo derivado del consumo de drogas. No todos ellos eran vividos de la misma manera. Podríamos distinguir entre aquellos riesgos que ellas podrían reducir o controlar y aquellos que, a pesar de las precauciones, podrían acontecer, conformándose como situaciones de riesgo poco controlables. El concepto control quedaba asociado a los riesgos y a su capacidad de poderlos manejar. El descontrol tenía dos alcances, a corto plazo (consecuencias negativas inmediatas como la pérdida de dominio) o a largo plazo (engancharse, en el caso del consumo de drogas). Por tanto, en algunos riesgos las mujeres podían tener un cierto protagonismo y actuar en el mismo, ya fuera de forma preventiva o comba-

tiva, y otros, por el contrario, eran vividos como inevitables y su domino preventivo era menor.

"Bueno, pues el primer peligro es el contacto físico ¿no? que lo tienes con la gente y eso, porque no... no sabes con quién vas a dar la cara y eso, puede ser un tío cual... Si trabajas, por ejemplo, en un club ¿no? Abajo, contigo, puede estar muy amable, puede decirte cosas bonitas, casi como está tu... tu novio ¿no? y además de todo, cuando subes con él en la habitación, te pone un cuchillo en la garganta y te dice "si no haces lo que te pido..." chun, chun, chun..." (GDI, Salamanca).

Las drogas que suponían un riesgo fueron el alcohol y la cocaína. Aunque se mencionaron otras sustancias (hachís y Poper) no eran sustancias muy habituales en el contexto de prostitución, principalmente en locales o apartamentos, y de frecuente consumo. Tres ejes de riesgos surgieron en relación al consumo de drogas:

1) el riesgo del consumo de drogas por parte de las mujeres en la realización de los servicios sexuales. Era aceptado que no se podía ejercer la prostitución embriagada o intoxicada. Una o dos copas era lo máximo a beber porque se podía perder el control de lo pactado con el cliente: estar más tiempo del que se había estipulado, no usar el preservativo, realizar prácticas sexuales que no se habían negociado, controlar peor las situaciones de violencia o desavenencias que pudiesen acontecer y el adquirir una dependencia al alcohol, u otras drogas.

"Mira, estás borracha... ya estás borracha y luego él quita preservativo, si él tiene una enfermedad te la contagia, si y tú sin saber, ya estas contagiada como él." (GD, Madrid).



“Depende, del grado en que uses la sustancia, hay chicas que cuando ya van muy puestas muy puestas no saben lo que hacen, como que se les olvida, como que hay otras que son más responsables y... y si lo hacen. (...)yo pienso que uno si está en este trabajo lo que más debe hacer es controlarse uno mismo, si no se controla uno mismo nadie lo va a controlar.” (GD, Almería).

“Bueno... para mí particularmente, pueden haber muchos riesgos... eh... por ejemplo, un cliente puede estar muy bien abajo y tal, y, si está bajo los estupefacientes, es decir, drogas o lo que sea, puede cambiar de un momento a otro... por alguna proposición que te haga, que... que previamente, antes de subir, como decimos nosotras, no te diga, y luego arriba quiera... es decir, como... hacerlo sin preservativo, y puede cambiar y puede ponerse agresivo, aunque esté muy amable... y, ya sea bajo los efectos del alcohol o...” (GD2, Salamanca).

Pero el consumo de alcohol también producía una serie de beneficios, servía para desinhibirse y alternar mejor con el cliente, así como para obtener mayores ingresos, en el caso de los clubs. En estos establecimientos el alterne previo suponía beber con el cliente, de tal forma que dejaba beneficios al local y un porcentaje, siempre menor, era para las mujeres.

“Yo sí, para subir con un cliente, por lo menos, aunque sea en el mismo momento, aunque sea un trago de algo me tengo que dar, porque así, así... yo no puedo...” (GD, Salamanca).

2) El riesgo derivado del consumo de drogas por parte del cliente. Tres tipos de riesgos eran mencionados: en primer lugar, un cliente embriagado perdía el control y el riesgo a situaciones de violencia era más frecuente que aconteciese. En segundo lugar, solicitaba con más frecuencia servicios poco habituales y no utilizar preservativo, intentando en algunos casos romperlo o quitárselo. En tercer lugar, las mujeres tenían ciertas creencias sobre el efecto que tanto la cocaína como el alcohol le producían al cliente.

“De los 35 en adelante ya tiene otros problemas, porque consumen coca, la coca se baja a los testículos, y entonces ya tienen problemas de impotencia, ya él busca lo que es el sexo oral.” (GD, Madrid).

“Yo con esos... son los peores... que aparte de que no se corren, te dan una lata...” (GD, Avilés).

“Porque aguantan más para eyacular... para correrse... exacto... pero, hay veces que le hace el efecto de todo lo contrario (...) porque dicen que les da más excitación, por ejemplo en el caso de la cocaína, que le da más ganas de estar... que le da más fuerza, más animo... aunque no se le levante, y, en tal caso si se le ha levantado, pues tardan mucho para correrse...” (GD, Salamanca).

Emergieron en muchos grupos la creencia de que el uso de cocaína y/o alcohol por el cliente le generaba impotencia y dificultad de eyaculación. Eso suponía un problema porque necesitaban más tiempo, se ponían más pesados, querían prácticas sexuales sin preservativo, especialmente el sexo oral. Pero también



este tipo de cliente podía ser más beneficioso. Un sector de los mismos solo acudía a estar con estas mujeres para consumir cocaína en compañía y en muchas ocasiones no se realizaban prácticas sexuales. Además, el cliente que usaba cocaína también invitaba y pagaba más a las mujeres que se ocupan con ellos.

“Van a la habitación a meter y a tomar algo nada más... no van a hacer nada... a que les haga compañía una chica, para ellos meterse sus cosas, ahí tranquilo, sin que lo moleste nadie...” (GD, Avilés).

3) La creencia de que el consumo de drogas era necesario para ejercer la prostitución y principalmente para ganar más dinero emergía en prácticamente todos los grupos realizados. El uso de alcohol en clubs era un elemento estructural del contexto, pues los dueños esperan que las mujeres hiciesen consumir bebidas alcohólicas a los clientes, invitándolas todas las veces que fuera posible. En cuanto al consumo de cocaína era más reservado, pero se esperaba que con este consumo se incrementasen las ganancias, es decir, aumentase el número de clientes, que si seleccionaban exclusivamente a los no consumidores. Por tanto, aunque se reconocían los riesgos, usar cocaína suponía aumentar los ingresos y ocuparse con muchos más clientes, pues éstos también seleccionan a aquellas mujeres que podían usar cocaína con ellos, descartando a las que no consumían.

“Yo he trabajado en los clubs y las chicas que beben mucho saben enrollar a un cliente, ¿sabes? porque están alegres, van así... si... no es lo mismo que tú vayas -Hola que tal (tono de tímida), a una chica que vaya, o bebida o drogada -Hola cariño, no se qué... y se enrolla

más. Mira, las chicas, las chicas que más trabajan son las chicas lamentablemente que beben mucho o que usan drogas y las que no usan eso, es porque tienen una suerte que te cagas” (GD, Almería).

“Entonces me ofreció una raya “tú nunca me aceptas una raya... voy a dejar de pasar contigo” y, dejaba pasta ¿eh? Dije: “vale... ponme la raya aquí” y, me puso la raya aquí... y, (...) porque, hombre, en Colombia hay mucha droga y, hay mucho de todo eso pero, uno no está relacionado con eso ¿me entiendes?... yo tenía otra vida muy diferente a esta...” (GD2, Avilés).

Para la mayoría de las mujeres participantes la cocaína era una sustancia que habían conocido en España y que no estaba en sus entornos inmediatos de sus países de origen. Ello suponía un aprendizaje y aculturación sobre el uso de alcohol y cocaína preferentemente.

Por último, cabe destacar que las mujeres utilizaban estrategias de disminución de riesgos, tanto en el uso de drogas como en el contagio de infecciones de transmisión sexual. Tras la segunda copa de alcohol, la simulación del consumo era la principal estrategia utilizada. Y esto mismo acaecía en el consumo de cocaína. Otras estrategias utilizadas fueron seleccionar a los clientes previa inspección de los mismos durante el alterne o la negociación de las prácticas sexuales. Sin embargo, la aplicación de esta estrategia en el caso de las infecciones no resulta preventiva.

“Yo, una cosa que... hay que oler la polla a los hombres para saber si... está enfermo, si tiene gonorrea... porque el hombre que tiene gonorrea, uno le hace así... se lo huele, y viene... ¿me entiendes?...” (GD, Avilés).



4. DISCUSIÓN

Desde las dos metodologías utilizadas, cuantitativas y cualitativas, obtenemos cierta triangulación y complementación de resultados (Bericat, 1998). Desde ambos métodos emergía el uso de alcohol y cocaína como las principales sustancias de consumo (exceptuando el tabaco) en los contextos de realización de la prostitución, tal y como se ha puesto de relieve en otros trabajos (Cepeda, 2006). Obtenemos prevalencias de vida y de los últimos treinta días más altas en todas las sustancias que en población general (PNSD, 2007), aunque no se trata de una muestra representativa sino intencional. Sería conveniente profundizar en estos resultados en otros estudios, para articular medidas preventivas y de disminución de riesgo específicas para este contexto.

Como en otros trabajos encontramos que aquellas mujeres que usaban drogas tenían un mayor número de clientes frente a las que no lo usaban (Surratt, 2007), y como se planteaba en los grupos de discusión consumir cocaína suponía ingresos económicos. Esta circunstancia podría incrementar los consumos de drogas en las personas que ejercen la prostitución, al encontrarse en una situación de mayor disponibilidad de sustancias psicoactivas. Los discursos obtenidos nos mostraban las circunstancias de este hecho, siendo una demanda de sus clientes durante las prácticas sexuales. En este sentido, no aparecía como principal razón del consumo de cocaína una manera para resistir largas jornadas de ocupación como en el trabajo de Cepeda (2006), o como una forma de automedicación para

combatir los efectos depresivos del alcohol y mantenerse en alerta, que encuentra Surratt (2007). La cocaína podía hacerles aguantar más horas de ocupación con los clientes pero esta motivación era escasamente señalada, porque no realizaban consumos al margen de cliente, ya que sus consumos se producían casi siempre por invitación y propuesta de éste. Mientras el alcohol era consumido en el alterne previo a las relaciones sexuales, y con cierta presión de los dueños de los locales, el uso de cocaína se producía en la intimidad con el cliente.

Los eventos de violencia, el consumo de drogas y la desprotección en las prácticas sexuales parecen estar relacionadas. En los discursos producidos por las mujeres, el consumo intensivo de alcohol podía desencadenar estos dos riesgos. Los eventos de violencia señalados en este trabajo por las mujeres son considerables, casi siete de cada diez mujeres que ejercían la prostitución en la calle indicaron algún evento violento con el cliente y si la ocupación se producía en locales o apartamentos se reducía a la mitad. Estos resultados son similares a los encontrados por Church et ál. (2001) 81%-48% y Raphael y Shapiro (2004) 80%-16% en la calle y sector oculto, respectivamente. En este sentido en los grupos de discusión sobresalía como el principal riesgo que debían enfrentar, siendo vivido como inevitable. El consumo de las drogas acentuaba los eventos violentos procedentes de los clientes y suponía para las mujeres poseer un mayor control si consumía para poderlo enfrentar.

Cabe descascar en este trabajo que el consumo de cocaína en el último mes era mayor



entre las migrantes que entre las españolas, no siendo una sustancia de consumo antes de esta actividad, y por tanto, iniciándose en una gran mayoría de ellas el consumo en España. Sin embargo, el consumo de heroína se mostraba fundamentalmente entre las españolas, que se ocupaban preferentemente en la calle, dado que un consumo abusivo no es permitido en locales o apartamentos. Desde el análisis de regresión logística podemos indicar que en las dos frecuencias estudiadas, tanto para el consumo de cocaína como para el de alcohol, el factor Consumo-cliente, explica la mayor probabilidad de producirse dichos consumos, siendo triangulado desde los discursos que emergieron en los grupos de discusión.

Es posible que la exposición a las drogas en la realización de la prostitución lleve a las mujeres con el tiempo a un mayor consumo de estas sustancias, si no se articulan adecuadamente estrategias de disminución de riesgos. Si la población implicada en el ejercicio de la prostitución son personas procedentes de otros países, con referencias culturales muy distintas respecto a las drogas y a sus patrones de consumo, sería preciso diseñar e implementar intervenciones preventivas informativas y formativas sobre las consecuencias del consumo.

AGRADECIMIENTOS

La autora de este trabajo quiere manifestar su agradecimiento a los miembros de la Asociación APRAMP, y a todas aquellas mujeres que colaboraron y participaron en la investigación. Este trabajo fue subvencionado por el Plan Nacional sobre Drogas.

REFERENCIAS

Barnard, M. (1993). Risky Business; Marina Barnard examines the relationship between prostitution, injecting drug use and HIV related risk behaviour among a sample of Glasgow streetworking prostitutes. *The international Journal of drug policy*, 4.

Beckerleg, S. (2008). Khat in East Africa: Taking Women Into or Out of Sex Work? *Substance Use & Misuse*, 43:1170-1185.

Bericat, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social: significado y medida*. Barcelona. Ariel.

Cepeda, A. (2006). "In The Business: Substance Use Demands, Negotiations And Dependency on the U.S. /Mexico Border". Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, Montreal Convention Center, Montreal, Quebec, Canada Online http://www.allacademic.com/meta/p104496_index.html

Church, S., Henderson, M., Barnard, M., & Hart, G. (2001). Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *British Medical Journal* marzo, 3.

Cusick, L. (1998). Female Prostitution in Glasgow: Drug Use and Occupational Sector. *Addiction Research* 6, 115-130.

Dalla, R. (2002). Night moves: A qualitative investigation of street-level sex work. *Psychology of Women Quarterly* 26, 63-73.

Davis, N.J. (2000). From victims to survivors: working with recovering street prostitutes,



en: R. Weitzer (Ed.) *Sex for sale. Prostitution, pornography and the sex industry*. Londres y Nueva York. Routledge.

Elwood, W.N., Williams, M.L., Bell, D.C. & Richard, A.J. (1997). Powerlessness and HIV Prevention among People Who Trade Sex for Drugs ('Strawberries'). *AIDS Care*, 9, 273-284.

ESCOBE (2006). Impacto de una posible normalización profesional de la prostitución en la viabilidad y sostenibilidad futura del sistema de pensiones de protección social. (Informe no publicado).

Goldstein P.J. (1979). *Prostitution and Drugs*. D.C. Heath and Company. Massachusetts, Toronto. Lexington Books.

Gossop, M., Powis, B., Griffiths, P. & Strang, J. (1994). Sexual Behaviour and Its Relationship to Drug-Taking among Prostitutes in South London. *Addiction* 89, 961-970.

Gossop, M., Powis, P., Griffiths, P. & Strang, J. (1995). Female prostitutes in South London: Use of Heroin, Cocaine and Alcohol, and Their Relationship to Health Risk Behaviors. *AIDS Care* 7, 253-260.

Graaf, R., Vanwesenbeeck, I., Van Zessen, G., Straver, C.J. & Visser, J.H. (1995). Alcohol and Drug Use in Heterosexual and Homosexual Prostitution, and Its Relation to Protection Behaviour. *AIDS Care* 7, 35-47.

Leggett, T. (2001). Drugs, sex work, and HIV in three South African cities. *Society in Transition*, 32(1):101-109.

McKeganey N. & Barnard M. (1996). *Sex Work on The Streets. Prostitutes and Their Clients*. Buckingham. Open University Press.

Meneses, C. (2007). Consecuencias del uso de cocaína en las personas que ejercen la prostitución. *Gaceta Sanitaria*, 21(3): 191-196.

Meneses, C. (2008). Prostitución y salud mental, en Achetegui J. *Exclusión social y salud mental*. Curso acreditado de formación continua para atención primaria. Barcelona. Mayo ediciones. Pp.82-90.

Meneses, C. (2010). Uso de drogas en los contextos de prostitución. (en prensa, editorial Universidad de Deusto, obra colectiva).

Norton-Hawk, M.A. (2001). The Counter-productivity of Incarcerating Female Street Prostitutes. *Deviant Behavior* 22, 403-417.

Philpot, C.R., Harcourt, C.L., & Edwards, J.M. (1989). Drug use by prostitutes in Sydney. *British Journal of Addiction* 84, 499-505.

Raphael, J. & Shapiro, D. (2004). Violence in Indoor and Outdoor Prostitution Venues. *Violence Against Women* 10, 126-139.

Smith, F.M. y Marshall, L.A. (2007). Barriers to effective drug addiction treatment for women involved in street-level prostitution: a qualitative investigation. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17: 163-170.

Sterk, C.E. & Elifson, K.W. (1990). Drug-related violence and street prostitution. In: M. De la Rosa, E.Y. Lambert, and B. Gropper (Eds) *Drugs and violence: causes, correlates and consequences*. National Institute on Drug Abuse.

Strega, S., Casey L, y Rutman D. (2009). Sex Workers Addressing Treatment. *Women's Health & Urban Life*. 8(1):42-53.

Surratt, H. (2007). Sex work in the Caribbean Basin: patterns of substance use and HIV



risk among migrant sex workers in the US Virgin Islands. *AIDS Care*, 19(10):1274-1282.

Surratt, H.L., Inciardi, J.A., Kurtz, S.P. & Kiley, M.C. (2004) Sex Work and Drug Use in a Subculture of Violence. *Crime & Delinquency* 50, 43-59.

Young, A.M., Boyd, C. & Hubbell, A. (2000). Prostitution, Drug Use, and Coping with Psychological Distress. *Journal of Drug Issues* 30, 789-800.