

Prostitución y Tráfico de Personas en Nueve Países

Un Estudio Reciente sobre Violencia y Trastorno de Estrés Postraumático

Melissa Farley, Ann Cotton, Jacqueline Lynne, Sybille Zumbeck, Frida Spiwak, Maria E. Reyes, Dinorah Alvarez, Ufuk Sezgin. En *Journal of Trauma Practice* 2 (3/4): 33-74 y en *Prostitution, Trafficking and Traumatic Stress*. M. Farley (ed.) (2003) New York: Routledge.

Resumen

Realizamos un sondeo entre 854 personas que estaban o habían ingresado recientemente en el mundo de la prostitución en nueve países (Canadá, Colombia, Alemania, México, Sudáfrica, Tailandia, Turquía, Estados Unidos y Zambia), para indagar acerca de la incidencia de violencia física y sexual en su realidad actual y a lo largo de sus vidas. Entre los hallazgos, predominó el carácter multi-traumático de la prostitución: 71% habían sido agredidas físicamente mientras ejercían la prostitución; 63% denunciaron violaciones; 89% querían salir de la prostitución pero no tenían ninguna alternativa para ganarse la vida o sobrevivir; 75% habían estado sin hogar en algún momento de sus vidas; y 68% cumplía los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). La gravedad de los síntomas del TEPT estaba fuertemente asociada a la cantidad y tipos de violencia física y sexual experimentado a lo largo de sus vidas.

Nuestros hallazgos contradicen el entramado de creencias populares en torno de la prostitución: que el peor tipo de prostitución es la prostitución en las calles, que la prostitución de hombres y niños varones es distinta a la prostitución de mujeres y niñas, que la mayoría de las personas en prostitución la ejercen por libre elección, que la mayoría entra en ese mundo a causa de su adicción a las drogas, que la prostitución es cualitativamente diferente de la trata de personas, y que la legalización o despenalización de la prostitución reduciría sus efectos dañinos.

Introducción

La denominada industria del sexo o mercado prostitucional abarca espacios y prácticas tales como la prostitución en las calles y en burdeles, salones de masaje, servicios de acompañantes (escort), a domicilio (call girls), clubes de nudismo, bailes eróticos, sexo telefónico, pornografía adulta e infantil (que suele exhibir el abuso sexual de menores por pedófilos organizados en redes y otros violadores), prostitución infantil, pornografía en video o en internet, tráfico de personas y turismo sexual. En la mayoría de los casos, las personas que ejercen la prostitución por más de unos pocos meses alternan entre estas modalidades de la industria del sexo (Dalla, 2000; Kramer, 2003).

La prostitución deshumaniza, mercantiliza y fetichiza a las mujeres, comparada con el sexo casual no comercial, donde ambas personas actúan sobre la base del deseo sexual y ambas personas están en libertad de desistir sin consecuencias económicas. En la prostitución, siempre existirá un desequilibrio de poder, donde el cliente o “John” ⁽¹⁾ tiene el poder social y económico para solicitar o

demandar a otra persona que actúe como marioneta sexual de acuerdo a sus gustos. La prostitución excluye cualquier sentido de placer o reciprocidad en las relaciones sexuales: su finalidad es asegurar que la persona prostituida *no* anteponga su deseo personal ni decida sobre el tipo de actividad sexual que se va a realizar o no se va a realizar, mientras que la otra persona actúa a partir de sus propios deseos sexuales (Davidson, 1998).

El relato de una mujer estadounidense que se prostituía principalmente en clubes de nudismo, aunque también en salones de masaje, como dama de compañía y en la calle, es típico en tanto que engloba los diferentes tipos de violencia. En los clubes de nudismo, fue acosada y agredida sexualmente. El trabajo le implicaba tolerar maltratos verbales (forzándose para sonreír), ser tocada y pellizcada en las piernas, la entrepierna, las nalgas y los pechos. A veces, esto le provocaba moretones y rasguños en los muslos, los brazos y los pechos. Sus senos fueron estrujados al punto de causarle dolor agudo. Fue humillada por clientes que eyaculaban en su cara. Padeció maltratos físicos brutales, y le tiraron del pelo como medio para establecer control sobre ella y como forma de tortura. Con frecuencia sufrió palizas que le habían producido magulladuras graves y hematomas en los ojos. Reiteradamente le habían propinado puñetazos en la cabeza, algunas veces causándole conmoción cerebral y pérdida de la consciencia. También, a raíz de estos golpes, tuvo luxación de mandíbula y daños en los tímpanos. Muchos años después su mandíbula permanece luxada. A menudo fue cortada con cuchillos y quemada con cigarrillos que fumaban los clientes mientras la violaban. Fue víctima de violaciones en grupo y violaciones individuales reiteradas a lo menos por veinte hombres en diferentes momentos de su vida. Algunas veces, las violaciones cometidas por padrotes y “Johns” le provocaron hemorragias internas.

En San Francisco, California, el 70% de las mujeres prostitutas habían sido violadas (Silbert y Pines, 1982). Un estudio realizado en Portland, Oregón, encontró que las mujeres prostitutas eran violadas en promedio una vez por semana (Hunter, 1994). En Minneapolis, Minnesota, el 85% de las mujeres habían sido violadas mientras ejercían la prostitución (Parriott, 1994). El 94% de las mujeres que se prostituían en la calle fueron objeto de agresión sexual y 75% habían sido violadas por uno o más “Johns” (Miller, 1995). En los Países Bajos (donde la prostitución es legal), 60% de las prostitutas sufrieron agresión física; 70% habían recibido amenazas verbales de agresión, 40% habían sido víctimas de violencia sexual y 40% habían sido obligadas a prostituirse y/o habían sido abusadas sexualmente por algún allegado (Vanwesenbeeck, deGraaf, van Zessen, Straver, & Visser, 1995; Vanwesenbeeck, 1994).

El maltrato sistemático y recurrente generalmente precede al ingreso en el mundo de la prostitución. Entre 55% y 90% de las prostitutas reportan una historia de abuso sexual en la infancia (James & Meyerding, 1977; Silbert & Pines, 1981; Harlan y otros, 1981; Silbert & Pines, 1983; Bagley & Young, 1987; Simons & Whitbeck, 1991; Belton, 1992; Farley & Barkan, 1998). Silbert y Pines (1981, 1983) señalaron que el 70% de las personas consultadas en su estudio había afirmado que el abuso sexual que sufrieron en la infancia influyó en su incursión en el oficio. Estimando, conservadoramente, la edad promedio de entrada en la prostitución en los Estados Unidos es entre los 13 y 14 años (Silbert & Pines, 1982; Weisberg, 1985).

Claramente, la violencia es la regla para las mujeres que se prostituyen. Incesto, acoso sexual, maltrato verbal, acecho, violación, palizas y tortura sexual –son puntos en el continuo de violencia que ocurre regularmente en la prostitución. De hecho, la prostitución propiamente dicha es una forma de violencia sexual que conlleva grandes beneficios económicos para quienes comercian con mujeres, hombres y niños. Aunque a menudo se niegue o subestime, otros tipos de violencia de género (aunque en aumento) no son fuentes de lucro masivo.

Las mujeres prostituidas son víctimas no reconocidas de la violencia ejercida por sus parejas íntimas, los padrotes y los clientes o “Johns” (Stark & Hodgson, 2003). Aunque son pocos los datos de investigación disponibles, las agencias que proveen servicios a las mujeres prostituidas advierten que la mayor parte del negocio de la prostitución está controlada por padrotes⁽²⁾. Giobbe expuso que los métodos de coerción y control que emplean los padrotes para mantener sometidas a las mujeres, son los mismos que utilizan los maltratadores en contra de sus parejas, entre ellos: negar o minimizar la violencia física y el abuso cometido, explotación económica, aislamiento social, maltrato verbal, amenazas, intimidación, violencia física, acoso sexual y cautividad (Giobbe, 1991, Giobbe, 1993; Giobbe, Harrigan, Ryan & Gamache, 1990). La violencia contra las mujeres prostituidas a manos de los padrotes en forma regular no solo tiene la finalidad de controlarlas, sino que también siembra en ellas sentimientos de indefensión, inutilidad e invisibilidad, excepto en su papel de prostitutas.

Hacer una distinción cualitativa entre la prostitución de menores y la prostitución de adultos resulta arbitrario y oscurece una discusión más profunda acerca de los amplios y pormenorizados historiales de traumatismo que son habituales en la prostitución. Por ejemplo, una niña de 5 años de edad víctima de incesto iniciado por su padre y que es utilizada para la prostitución y la pornografía infantil, puede sufrir amnesia parcial de tales traumatismos y correr un alto riesgo de ser encaminada hacia la prostitución y otras formas de explotación sexual en la adolescencia. Una menor de 14 años prostituida eventualmente llegará a los 18 desprovista de posibilidades reales para elegir un nuevo modo de vida. El abuso y la vivencia recurrente de abuso simplemente continua. Las mujeres que se prostituyen en la adolescencia pueden presentar signos clínicos característicos del trastorno de identidad disociativo en el que se experimentan distorsiones y errores de tiempo y lugar⁽³⁾ que corresponden a una edad mucho más temprana.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) puede aparecer cuando la persona ha vivido o ha sido testigo de una situación o suceso extremadamente angustiante que involucra la muerte de alguien o amenazas de muerte o de grave daño físico o algún otro tipo de amenazas a su integridad física o de otros; o se entera de la muerte inesperada o violenta, grave daño físico o amenaza de muerte ocurridos a algún familiar o allegado (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994).

La prostitución, de hecho, en la mayoría de los casos conlleva tales estresores externos. En respuesta a ellos, la persona que padece estrés postraumático experimenta un estado de impotencia y de terror, y otros síntomas que pueden variar desde la pasividad emotiva hasta la hiperexcitabilidad emocional y fisiológica. El estrés postraumático será especialmente severo o de larga duración si la

amenaza o suceso estresante es deliberadamente provocado por el ser humano (como la guerra, la violencia sexual, el incesto, el maltrato físico, la tortura o la prostitución) más que si se tratara de una catástrofe natural.

La exposición a la violencia sexual, mediante remuneración o sin ella, puede desencadenar síntomas del trastorno de estrés postraumático. Los síntomas se suelen agrupar en tres categorías: 1) Síntomas de re-experimentación, relacionados con revivir el suceso traumático, y flashbacks (recuerdos repetitivos y torturantes); 2) Síntomas de evitación de situaciones que recuerdan el suceso traumático, y reacciones defensivas de insensibilidad emocional; y 3) Síntomas de hiperactivación del sistema nervioso autónomo (irritabilidad nerviosa, estado de alerta excesivo o insomnio). Los síntomas del TEPT pueden acumularse durante el trascurso de la vida. Diversos estudios demuestran una correlación positiva entre la historia de abuso sexual infantil y los síntomas de estrés postraumático en mujeres adultas (Friedman & Schnurr, 1995; Rodríguez et al, 1997; Farley & Keaney, 1997). Teniendo en cuenta que las mujeres prostituidas en su gran mayoría tienen antecedentes de abuso sexual en la niñez, este sin duda, es un factor coadyuvante para la aparición de síntomas de estrés postraumático. El TEPT no se circunscribe solamente a la cantidad de acontecimientos traumáticos, sino que también está directamente relacionado con la severidad del acontecimiento causal (Housekamp & Foy, 1991). Diversas investigaciones han estimado que la incidencia de TEPT en mujeres golpeadas varía ampliamente y puede extenderse tan alto como un 84% y tan bajo como un 45% (Housekamp & Foy, 1991; Saunders, 1994; Kemp et al, 1991). La prevalencia del TEPT entre mujeres prostituidas de 5 países fue de 67% (Farley, Baral, Kiremire, & Sezgin, 1998), la cual se encuentra en el mismo rango de magnitud que la de los veteranos de guerra (Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993).

Tras la publicación de un artículo dedicado al tema de la violencia que precede a la prostitución como parte intrínseca de la actividad, y los síntomas de estrés postraumático derivados del ejercicio de la prostitución en 5 países -(Sudáfrica, Tailandia, Turquía, Estados Unidos y Zambia)- otros investigadores y expertos de todo el mundo manifestaron su interés en ampliar y profundizar sobre la problemática de la prostitución. En ese sentido, el presente estudio amplía los datos disponibles con respecto a la investigación original mediante la inclusión de cuatro países: Canadá, Colombia, Alemania y México.

Metodología de Investigación

Se realizaron entrevistas estructuradas breves a personas en situación de prostitución en Vancouver (Canadá); Bogota (Colombia); Hamburgo (Alemania); Ciudad de México y Puebla (México); San Francisco, CA, (EE.UU.); dos ciudades de Tailandia; Lusaka (Zambia); Estambul (Turquía); Johannesburgo y Ciudad del Cabo (Sudáfrica). Estos países fueron incluidos en la muestra de estudio en razón a que los investigadores de dichos países comparten el compromiso de documentar las experiencias de las mujeres que se prostituyen y, en algunos casos, ofrecer alternativas a la prostitución.

Participantes

En Canadá, entrevistamos a 100 mujeres que se prostituyen en el sector Este del centro urbano de Vancouver y sus alrededores, uno de los sectores más marginados de Norte América. Las repercusiones de la colonización en los Pueblos Aborígenes o Naciones Originarias de Canadá se hicieron evidentes en la investigación al constatarse un índice excesivamente elevado de mujeres indígenas prostituidas en Canadá. El 52% de las mujeres entrevistadas procedían de las Naciones Originarias (en una comunidad que, según estimaciones demográficas oficiales, representa entre 1,7 y 7% del total de la población), 38% eran blancas de origen europeo-canadiense, 5% africano-canadienses y un 5% dejó la pregunta en blanco. La mayor parte de las 52 mujeres de las Naciones Originarias se autodefinieron como Nativas. Otro origen étnico mayormente mencionado fue Metis, término francés que traducido al Inglés significa "sangre mestiza", para referirse a los descendientes de amerindios canadienses y europeos. Los británicos y los franceses fueron los dos principales colonizadores de las Naciones Originarias de Canadá, por lo tanto aquellos que se autodefinieron como Metis eran amerindios de ascendencia anglosajona, o amerindios de ascendencia franco-canadiense. Las mujeres de las Naciones Originarias también se autodefinieron como Indio Nativo, Cree, Cree Nativo, Naciones Originarias, Cree Metis, Ojibwa, Blackfoot/Cree, Aborigen, y Salish del Interior.

En México, entrevistamos a 123 mujeres que se prostituían en las calles, burdeles, clubes de nudismo y salones de masaje en Ciudad de México y Puebla.

En Hamburgo (Alemania), donde la prostitución es legal, entrevistamos a 54 mujeres. Las consultadas procedían de un centro de acogida para mujeres farmacodependientes, de un programa para la rehabilitación ocupacional de personas prostituidas, y otras fueron derivadas por sus pares o llegaron a través de un anuncio publicitario en la prensa local. Con respecto al país de origen, el 82% eran alemanas y el 11% habían sido traficadas a Alemania desde Tailandia o desde la antigua Unión Soviética. El 7% de ellas fueron criadas en Alemania y se identificaron a sí mismas como polacas, chilenas, o turcas. Para dos de ellas, la experiencia de responder preguntas sobre sucesos traumáticos fue demasiado dolorosa como para continuar respondiendo, y una tercera mujer se encontraba demasiado embriagada como para participar.

En San Francisco, entrevistamos a 130 personas en la calle, quienes confirmaron verbalmente que se dedicaban a la prostitución. Las entrevistas se llevaron a cabo en cuatro zonas distintas de San Francisco, donde las consultadas trabajaban como prostitutas. El 39% de ellas eran de origen europeo o norteamericano de raza blanca, 33% afroamericanas, 18% latinas, 6% de las Islas del Pacífico Asiático, y un 5% se identificaron como mestizas, o dejaron la pregunta en blanco.

En Tailandia quisimos entrevistar a varias de las 110 prostitutas encuestadas en la calle, pero nos encontramos con que los padrotes no les permitieron responder a nuestras preguntas. Algunas de las participantes fueron entrevistadas en un salón de belleza que generaba cierto clima de confianza; otras, la mayoría, en una agencia al norte de Tailandia que presta apoyo integral libre de prejuicios y capacitación laboral a las personas en situación de prostitución.

En Johannesburgo y Ciudad del Cabo en Sudáfrica, entrevistamos a 68 prostitutas en burdeles, en la calle y en un centro de acogida para prostitutas. Las encuestadas pertenecían a grupos raciales diversos: 50% europeas de raza blanca; 29% africanas o de raza negra; 12% se autodefinieron como “de color” o morena o de raza mestiza; 3% de la India; y un 6% dejó la pregunta en blanco.

En Lusaka 117 mujeres y niñas que están o estuvieron involucradas en actividades de prostitución se entrevistaron en TASINTHA, una organización no gubernamental dedicada a prestar servicios de rehabilitación, alimentación, capacitación laboral y apoyo comunitario a cerca de 600 mujeres y niñas prostitutas semanalmente.

En Turquía algunas prostitutas trabajan legalmente en burdeles de propiedad o bajo control de autoridades locales, incluidos médicos, policías y otras personas "a cargo de la moral pública". Esto explica su negativa a permitirnos entrevistar a las mujeres de los burdeles, por lo que entrevistamos a 50 mujeres en prostitución que la policía había trasladado a un hospital ubicado en Estambul a efectos de control de enfermedades venéreas.

En Bogotá entrevistamos a 96 personas, entre mujeres y niñas. En Colombia la prostitución se inicia a una edad temprana, por lo general en la adolescencia, y va acompañada de embarazos no deseados (Spiwak & Reyes, 1999, UNICEF, 2000; UNICEF Colombia, 2001; Rodríguez & Cabrera, 1991, Fundación Renacer, 2000, 2001; ICBF, 1999; Cárdenas & Rivera, 2000; Fundación Antonio Restrepo Barco, 1999; DABS, 2002). Spiwak & Reyes (1999) constataron que el 72% de las mujeres y niñas que se prostituían en ese país procedía de familias que habían sido desplazadas por la violencia política. Como es bien sabido, tanto las guerras civiles como los desplazamientos por conflicto interno son factores de riesgo para la explotación sexual (UNICEF Colombia, 2001; Fundación Renacer, 2000; 2001; Fundación Esperanza 1998, 2000; CATW, 2002; Informe de Estado sobre la trata de personas, 2001; NCMEC, 1992, ICBF, 2000; Leech, 2001). En Colombia la prostitución está legalizada, con miles de prostíbulos operando en zonas urbanas y en zonas rurales controladas por paramilitares y guerrilleros. Aunque es legal prostituir a un menor de 14 años (Código Penal de Colombia, 2002), el acto de explotación y abuso sexual infantil constituye una violación de la Convención sobre los Derechos del Niño, refrendada por Colombia en 1999 (UNICEF, 2000; Unicef Colombia, 2001; Seitles, 1997; ICBF-UNESCO, 1997; Motta et al, 1998; Morgan & Buitrago, 1998).

En seis de los nueve países entrevistamos a mujeres y niñas. En Sudáfrica entrevistamos a 10 hombres (el 14% de la muestra de Sudáfrica) y a una persona transexual. En Tailandia entrevistamos a 28 personas transexuales (el 25% de la muestra de Tailandia). En los Estados Unidos entrevistamos a 18 hombres (13%) y 15 personas transexuales (el 12% de la muestra de Estados Unidos), además de mujeres y niñas. Las personas transexuales representan una notoria minoría del colectivo de personas prostitutas. En un estudio realizado anteriormente (Farley & Barkan, 1998) se encontró que las personas transexuales (usualmente varón-a-mujer) que se dedican a la prostitución sufrieron la misma frecuencia de agresiones físicas y violaciones sexuales que las mujeres prostitutas.

La edad media, los rangos de edad, la edad promedio de entrada en la prostitución, el porcentaje de menores de 18 años en el momento de entrar en la prostitución, y el número de años de permanencia en la prostitución en cada país figuran en la Tabla 1. Entre los 9 países del estudio, la edad promedio de los participantes osciló entre 12 y 68 años, con una edad media de 28 años (N = 779, SD = 8)

La edad promedio de entrada en la prostitución fue 19 años ($SD = 6$). El 47% señaló haber ingresado en la prostitución antes de cumplir 18 años. Tomando como base la edad de los participantes en el momento de la consulta y la edad promedio de entrada en la prostitución, calculamos que el tiempo promedio de permanencia en la prostitución fue 9 años ($SD. = 8$). Este cálculo se basó en la suposición de que en el periodo comprendido entre la edad de entrada en la prostitución y el momento de la consulta, los participantes en ningún momento dejaron de prostituirse. Sin embargo, dado que las personas no dejarán pasar oportunidad alguna para huir de la prostitución, es probable que el dato que aquí presentamos sobreestime el tiempo real de permanencia en la prostitución.

Procedimiento

Aplicamos un Cuestionario sobre la Prostitución para indagar acerca de la prevalencia de violencia física y sexual a lo largo de la vida y el uso o producción de pornografía durante el ejercicio de la prostitución. Se pidió a los consultados responder si deseaban dejar la prostitución y qué necesitaban para lograr salir de ella; también, si en algún momento se habían quedado sin hogar; si tenían problemas de salud física; y si consumían drogas o alcohol, o ambos. Para valorar la incidencia de violación sexual se formularon tres preguntas: "¿Alguna vez ha sido violado/a?" "¿Quién lo/a violó?" y "¿Cuántas veces ha sido violado/a desde su inicio en la prostitución?" Muchos contestaron "no" a la pregunta de si habían sido violado/as, pero luego señalaron quién lo/as había violado y/o la cantidad de veces que habían sido violado/as. Por consiguiente, a efectos de evaluar los casos de violación en el ejercicio de la prostitución, todos aquellos que respondieron un "padrote" o un "cliente" a la pregunta "¿quién lo/a violó?" o que señalaron haber sido violados una o más veces desde su ingreso en la prostitución, fueron valoradas como personas que habían sido violadas en el ejercicio de la prostitución.

Los participantes también diligenciaron la Escala de Síntomas del TEPT (ESTEPT), un instrumento en formato de auto-informe que consta de 17 ítems para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según los criterios diagnósticos del DSM-IV (Weathers et al, 1993; Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996). Se pidió a los encuestados evaluar los síntomas del TEPT en una escala de 1 a 5, donde (1=) equivale a nada; (2=) un poco; (3=) moderadamente; (4=) bastante; y (5=) en extremo. El coeficiente de fiabilidad test-retest obtenido a partir de la muestra fue de 0.96. El índice de consistencia interna, obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.97. La validez de la escala se vió reflejada en una correlación elevada con la Escala de Mississippi (0.93), la Escala PK del MMPI-2 (0,77) y la Escala para el Impacto del Episodio (IES) (0.90) (Weathers et al, 1993). Comparativamente, la Escala de Síntomas del TEPT ha funcionado de manera satisfactoria en varias subculturas étnicas en EE.UU (Keane et al, 1996).

Medimos los síntomas del TEPT de dos maneras. En primer lugar, siguiendo el procedimiento establecido por los autores de la escala, creamos una medida para medir la gravedad del grupo de síntomas generales del TEPT, sumando las puntuaciones asignadas por los encuestados a cada uno de los 17 ítems de la escala. Si el número de respuestas de un participante fue inferior al número de preguntas por llenar en la Escala (más de 8 ítems en blanco), éste no fue tenido en cuenta para el análisis. En el caso de aquellos que omitieron

entre uno y ocho ítems, el total de síntomas de la Escala se calculó en función de la puntuación media obtenida por el encuestado para los ítems en blanco.

En segundo lugar, utilizando el sistema de puntuación sugerido por Weathers (1993), los ítems con un puntaje asignado de 3, o mayor, fueron considerados como síntomas de trastorno de estrés postraumático. Basados en tales puntajes, pasamos a analizar si cada uno de los encuestados cumplía con los criterios diagnósticos del TEPT. Aquellos casos, cuyos resultados indicaron diagnóstico del TEPT, fueron notificados a los participantes de cada país.

En Canadá y Estados Unidos, aplicamos el Cuestionario sobre Problemas de Salud Crónicos, el cual incorporó ítems desarrollados a partir de las respuestas a una pregunta abierta que los encuestados concedieron en un estudio anterior para hacer un seguimiento específico de los problemas de salud de mujeres prostituidas. Los ítems sin respuesta fueron considerados como el equivalente a la ausencia de un problema de salud. Por consiguiente, los porcentajes que figuran a continuación hacen referencia a la muestra completa basados en el número de encuestados que contestaron cada pregunta en particular, incluidos dichos ítems.

Procedimiento

En Canadá, Colombia, México, Sudáfrica y Estados Unidos, si los entrevistados declaraban que estaban actualmente ejerciendo la prostitución, se les pidió completar el Cuestionario sobre la Prostitución (CP), la Escala de Síntomas del TEPT (EST) y el Cuestionario sobre Problemas de Salud Crónicos (CPSC). En Alemania y Turquía, la aplicación de las entrevistas se llevó a cabo principalmente en las clínicas especializadas en ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual). En Zambia y en Tailandia, la mayoría de las entrevistas fueron realizadas en agencias que ofrecen servicios a las mujeres en prostitución.

Todos los instrumentos de consulta fueron traducidos al inglés, alemán, español, tailandés y turco. En Zambia, los entrevistadores traducían oralmente según fuera necesario -la mayoría de los participantes hablaba algo de inglés. labor de administrar o supervisar la aplicación de los cuestionarios estuvo directamente a cargo de los entrevistadores. En los casos en que los encuestados no sabían o no podían leer, los entrevistadores leyeron las preguntas en voz alta.

Resultados

La mayoría de las personas en situación de prostitución en los nueve países informó sobre un amplio espectro de actos de violencia sexual y otros tipos de violencia física (Ver la Tabla 2). En las tablas subsiguientes figuran los porcentajes de los encuestados que respondieron a cada ítem con respecto a la muestra completa. El número de encuestados que respondieron a cada uno de los ítems figura entre paréntesis.

Entre los nueve países, el 59% de las personas entrevistadas afirmaron haber sido golpeadas en su infancia por un cuidador hasta ser heridas. El 60% habían sido abusadas sexualmente en su infancia con una media de cuatro abusadores. Como adultos en prostitución,

64% fueron amenazadas con un arma, 71% sufrieron agresiones físicas, y 63% habían sido violadas. La falta de hogar en el presente o en el pasado promedió 75% oscilando entre 55% (México) y 89% (Zambia).

Dentro del amplio espectro de sucesos violentos, identificamos cuatro tipos de violencia a lo largo de la vida de estas personas, agrupando como lo más relevante: 1) abuso sexual en la infancia, 2) agresión física en la infancia, 3) violación como adulto en prostitución y 4) agresión física como adulto en prostitución. Las opciones de respuesta incluyeron haber experimentado: ninguno, uno, dos, tres, o los cuatro tipos de violencia Ver la Tabla 3. El 51% indicó tres o cuatro tipos diferentes de violencia a lo largo de su vida, 36% uno o dos tipos de violencia a lo largo de su vida, y solamente el 13% no había sufrido ninguno de estos tipos de violencia. Teniendo en cuenta, para el cálculo final, la presunción de que aquellos que dejaron campos en blanco no habían experimentado ningún tipo particular de violencia, éste se considera un estimado conservador de la prevalencia de violencia en el curso de la vida de estas personas. En Canadá, Colombia y México preguntamos a 315 encuestados acerca de sus experiencias de abuso verbal en el ejercicio de la prostitución. El 88% de ellas declaró haber sido objeto de malos tratos verbales.

Las respuestas de nuestros participantes sugieren claramente que la pornografía ha pasado a formar parte integral de la prostitución. En la Tabla 4 figuran los índices de respuesta por país de aquellos que informaron que mientras ejercían la prostitución se habían sentido afectados por ser incitados a hacer lo que proponía el material pornográfico observado y de aquellos que fueron utilizados para producir material pornográfico con fines de prostitución. Entre los nueve países, el 47% declaró que se había sentido afectado por ser incitado a hacer lo que proponía el material pornográfico observado y el 49% señaló haber sido utilizado para producir material pornográfico con fines de prostitución

Trastorno por estrés Postraumático

Para ser diagnosticado con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), una persona debe tener por lo menos uno de los cinco síntomas de *reexperimentación* (criterio B), al menos tres de los seis síntomas de *insensibilidad emotiva y evitación* (criterio C), y al menos dos de los cuatro síntomas de *aumento de activación* (criterio D). Considerando las tasas extremadamente altas de violencia interpersonal reportadas por los encuestados (estresores que cubren el criterio A), partimos del supuesto que el 13% de quienes no habían tenido experiencias directas de violencia, por lo menos habían sido testigos de ella, lo que indica que todos los encuestados cumplían los criterios establecidos para el diagnóstico del TEPT. Un total de 826 encuestados respondieron al menos 8 de los 17 ítems de la Escala de Síntomas del TEPT y se incluyeron en el análisis siguiente. Entre los nueve países en estudio, el 68% de los encuestados cumplía los criterios establecidos para el diagnóstico del TEPT. Ver la Tabla 5.

La puntuación media del TEPT fue de 53,5 (SD = 16,2) entre los 9 países en estudio, lo que refleja la gravedad de los grupos de síntomas del TEPT en esta muestra (Ver Tabla 6). La media de la gravedad de los grupos de síntomas del TEPT entre los nueve países osciló entre 49% (México) y 58% (Colombia). Como era de esperar, la gravedad del trastorno por estrés postraumático estaba

correlacionada positivamente con el número de tipos de violencia vividos a lo largo de la vida. ($r = 0,33$, $p < 0,001$). A modo de comparación, la Tabla 6 incluye la puntuación media del TEPT de dos estudios anteriores sobre la gravedad del TEPT de, específicamente, Veteranos de la Guerra de Vietnam y de la Guerra del Golfo Pérsico (Weathers, 1993), así como los resultados de una muestra de mujeres pertenecientes a un Plan de Mantenimiento de la Salud que habían (o no habían) sido objeto abuso físico y sexual (Farley y Patsalides, 2002).

Indagamos entre los encuestados de los 9 países sobre el consumo de drogas y de alcohol. La Tabla 7 muestra el tipo de consumo por país. Un 48% de todos los que respondieron informaron sobre consumo de drogas, y un 52% indicaron consumo regular de alcohol. Colombia y Zambia registraron la tasa más baja de consumidores de drogas. La baja accesibilidad a las drogas ilícitas en estos dos países probablemente se debe a sus economías devastadas. No indagamos de manera específica sobre la inhalación de pegamentos que es común en el caso de Colombia. Colombia y Zambia, junto con México, tuvieron las tasas más altas de consumo de alcohol (entre 71% y 100%). Canadá, Estados Unidos y Alemania registraron las tasas más altas en cuanto a consumo de drogas (entre 70% y 100%).

Indagamos entre los encuestados lo que necesitaban para dejar la prostitución mediante una lista de verificación de opciones que incluía una pregunta abierta con espacio en blanco para indicar por escrito la respuesta. Ver la Tabla 8. El 89% indicó que deseaba salir de la prostitución pero no contaba con alternativas concretas; 77% necesitaba vivienda o de otro lugar seguro para alojarse; 75% necesitaba capacitación laboral; 60% asistencia médica; 53% atención psicológica personalizada; 48% apoyo entre pares, 51% asesoría legal; 45% tratamiento contra las drogas/alcohol y, además, querían entrenamiento en defensa personal; 44% servicio de cuidado de niños; 32% querían que la prostitución fuese legalizada; y el 21% necesitaba que el padrote las protegiera contra las agresiones físicas.

Preguntamos a los entrevistados en seis países (Canadá, Colombia, Alemania, México, Sudáfrica y Zambia) si consideraban que la legalización de la prostitución les permitiría aumentar su seguridad física. Entre los países en estudio, el 46% señaló que la prostitución no sería más segura solo por el hecho de ser legalizada (Ver Tabla 9). Cabe destacar que en Alemania, donde la prostitución en burdeles es legal, el 59% de los interrogados manifestó que no consideran que la prostitución legal evite que se produzcan abusos físicos y sexuales.

En México pudimos hacer comparaciones entre distintos tipos de prostitución: 54 mujeres se dedicaban a la prostitución en clubes de nudismo, 44 mujeres la ejercían en burdeles y salones de masaje, y 25 mujeres se prostituían en las calles. Indagamos sobre la edad de ingreso en la prostitución, el tiempo de permanencia en el oficio, la gravedad de los grupos de síntomas del TEPT, la cantidad de tipos de violencia experimentados a lo largo de la vida, y si quienes estaban en cualquiera de estas situaciones de prostitución querían salir de ese mundo. Con respecto a la edad, se evidenciaron variaciones en la edad de ingreso en los distintos tipos de prostitución. En contraste con la prostitución en burdeles, salones de masaje y la calle, la gran mayoría de las mujeres prostituidas en clubes de nudismo entraron en el mundo de la prostitución antes de cumplir los 18 años ($F = 3,5$; $d.f = 2,113$; $p = 0,03$). Sin embargo, no hallamos diferencias estadísticamente significativas entre la prostitución en burdeles, salones de masaje o la calle, y la prostitución en clubes de nudismo con

respecto a la gravedad de los grupos de síntomas del TEPT, el tiempo de permanencia en el oficio, el abuso sexual infantil, el abuso físico infantil, la violación en el ejercicio de la prostitución, el número de tipos de violencia experimentados a lo largo de la vida, y el porcentaje de encuestados que afirmaron querer abandonar la prostitución.

Analizamos las diferencias respecto del TEPT asociado con el género y la identidad de género. En Estados Unidos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia del TEPT entre mujeres, hombres y transexuales prostituidos. En Tailandia, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia del TEPT entre mujeres y transexuales prostituidos. En Sudáfrica, las diferencias en la incidencia del TEPT entre hombres y mujeres prostituidos no fueron significativas.

En un estudio anterior encontramos que el 61% de las personas en situación de prostitución en cinco países declararon tener problemas de salud física, un 52% consumía alcohol, y un 45% consumía drogas (Farley et al., 1998). Con estos datos disponibles pudimos enunciar con mayor detalle los problemas de salud agudos y crónicos que aquejaban a las personas que se dedicaban a la prostitución en 7 de los 9 países (Colombia, México, Sudáfrica, Tailandia, Turquía, Estados Unidos y Zambia). La mitad de ellas declararon padecer dolencias, en su mayoría asociadas a la violencia y al estrés agobiante que va unido a la pobreza y a la falta de vivienda.

Otros problemas médicos comunes encontrados entre las 700 personas en situación de prostitución consultadas incluyeron tuberculosis, VIH, diabetes, cáncer, artritis, taquicardia, sífilis, malaria, asma, anemia y hepatitis. El 24% reportó alteraciones en el sistema reproductivo, incluidas las enfermedades de transmisión sexual (ETS), infecciones uterinas, problemas menstruales, dolor de ovarios, complicaciones post-aborto, embarazo, hepatitis B, hepatitis C, infertilidad, sífilis y VIH.

Aunque este estudio no evaluó específicamente la salud mental, el 17% de las 700 personas en situación de prostitución refirieron graves problemas emocionales como depresión, tendencias suicidas, recuerdos perturbadores de abuso infantil, ansiedad y tensión sobrecogedora, terror ante el padrote, muy baja autoestima, y estado de ánimo variable.

Un 15% señaló haber tenido problemas gastrointestinales como úlceras, dolor de estómago crónico, diarrea y colitis. Un 15% reportó síntomas neurológicos tales como dolores de cabeza, migraña, pérdida de la memoria, embotamiento, convulsiones, y mareos. El 14% de las mujeres y niñas prostituidas informaron problemas respiratorios como asma, enfermedad pulmonar, bronquitis y neumonía. El 14% señaló dolor articular, incluidos dolores de cadera, dolor de rodillas, dolor de espalda, artritis, reumatismo, y múltiples dolores articulares inespecíficos.

Entre las personas que reportaron problemas de salud a causa de sus experiencias en la prostitución, el 12% reportó lesiones como consecuencia directa de los actos de violencia. Algunas de ellas declararon haber tenido varias costillas rotas a manos de la policía en Estambul, una mujer en San Francisco se rompió la cadera al saltar de un automóvil en marcha cuando un cliente o “John” intentaba raptarla. Varias de ellas habían perdido sus dientes al ser golpeadas por padrotes y clientes. Miller (1986) citó moretones, fracturas óseas, cortaduras y rasguños producidos por las palizas y agresiones sexuales.

De las 50 mujeres turcas encuestadas, 18% reportaron angustia psicológica, 16% dolor articular o de otro tipo, 10% malestares gastrointestinales, 10% problemas ginecológicos, 6% problemas respiratorios y 6% problemas cardíacos. Casi la mitad de las mujeres turcas nunca habían sido examinadas por un médico.

En México, 52 mujeres respondieron afirmativamente a una pregunta abierta en relación a sus problemas de salud. El 21% de aquellos que respondieron a esta pregunta indicaron malestares gastrointestinales, y el 16% reportó problemas neurológicos. Otros problemas de salud física incluyeron dolor articular (12%), y síntomas cardiovasculares (12%).

En Tailandia, 60 mujeres respondieron a la misma pregunta relacionada con sus problemas de salud. Un 30% de estas mujeres declararon tener mala salud en general, y un 30% describió problemas en el sistema reproductivo, 25% lesiones físicas a causa de la violencia sexual, 23% reportaron problemas neurológicos, 17% dolor articular, y 15% malestares gastrointestinales. El 28% de las mujeres tailandesas describieron graves problemas emocionales; muchas de ellas manifestaron que habían sido engañadas, secuestradas o traficadas con fines de prostitución, lo que, en conjunto, se sumaba a la angustia que sentían. Equiparando la prostitución con la muerte, una de las encuestadas dijo: "¿Por qué suicidarse? Yo mejor trabajo en la prostitución". Otra mujer afirmó que se sentía "espiritualmente agredida" al practicar la prostitución.

En Colombia, las quejas de salud más frecuentes estaban relacionadas con los sistemas reproductivo, cardiovascular y respiratorio, sumado a los dolores articulares.

A partir de los datos obtenidos, elaboramos el *Cuestionario sobre Problemas de Salud Crónicos (CPSC)*, para su aplicación en una muestra de Canadá y una muestra independiente de 21 mujeres ex-prostituidas de Estados Unidos, respectivamente (Ver Tabla 10). Entre las mujeres canadienses actualmente en el oficio, 75% afirmaron haber recibido heridas a causa de la violencia mientras ejercían la prostitución y un 53% había sufrido traumatismo craneal. Una vez ponen fin a su actividad las personas prostituidas se hacen conscientes en mayor medida de la extrema violencia que sufrían lo que explica, por ejemplo, que un número elevado de mujeres ex-prostituidas (95%) hayan informado haber recibido heridas violentas mientras ejercían la prostitución, así como una mayor incidencia (95%) de traumatismos craneales. Más de la mitad de las mujeres canadienses prostituidas reportaron dolores de cabeza o migrañas. Catorce de los síntomas crónicos que se evaluaron fueron más prevalentes entre las 21 mujeres que *ya no se dedican a la prostitución* que entre las mujeres canadienses que continúan en el oficio. Estos datos figuran en la Tabla 10 marcados con asteriscos. Se encontró que las mujeres canadienses presentaron en promedio 14 de 32 síntomas crónicos (SD= 8) y las mujeres estadounidenses ex-prostituidas presentaron en promedio 12 de 32 síntomas crónicos (SD=7). No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos con relación al número total de síntomas evaluados (ANOVA, $F = 3.3$, D. F. = 1,118, $p = .07$).

En tres países (Canadá, Colombia, México) indagamos acerca de las experiencias de maltrato verbal en el ejercicio de la prostitución. El 88% de las 315 personas encuestadas afirmaron haber sido maltratadas verbalmente (Ver Tabla 11).

Discusión

Nuestros hallazgos con voluntarios procedentes de 9 países de los 5 continentes indican de manera sistemática que la violencia física y emocional en el ámbito de la prostitución es alarmante. Sintetizando los resultados de este estudio y otros hallazgos de investigación y literatura clínica sobre los distintos tipos de prostitución (ver Farley & Kelly, 2001; Farley, 2003) tenemos que:

- 1) El 95% de las personas en situación de prostitución afirmaron haber sido objeto de acoso sexual, lo que en los Estados Unidos sería enjuiciable desde el punto de vista legal en cualquier otro ámbito laboral
- 2) Entre 65% y 95% de las personas en situación de prostitución habían sido objeto de abusos sexuales durante la infancia.
- 3) Entre 70% y 95% habían sido físicamente agredidas mientras ejercían como prostitutas, y
- 4) Entre 60% y 75% habían sido violadas⁽⁴⁾ mientras ejercían como prostitutas.
- 5) El 75% de las personas prostituidas habían estado sin hogar en algún momento de sus vidas.
- 6) El 89% de las 854 personas que se dedicaban a la prostitución en nueve países deseaban salir de ella pero no tenían otras alternativas para ganarse la vida.
- 7) El 68% de las 854 personas que se dedicaban a la prostitución en sus diversas modalidades en los 9 países del estudio cumplían los criterios establecidos para trastorno de estrés postraumático. La gravedad de los síntomas de estrés postraumático de los participantes en este estudio estaba en un rango similar al de los veteranos de guerra que buscan tratamientos, las mujeres golpeadas que requieren de refugios, los sobrevivientes de violación, y las personas refugiadas por tortura infligida por el Estado (Bownes et al., 1991, Housekamp & Foy, 1991, Kemp et al, 1991, Ramsay et al., 1993, Weathers et al., 1993). La gravedad de los síntomas de estrés postraumático estaba fuertemente asociada a la cantidad y tipos de violencia física y sexual que experimentaron a lo largo de sus vidas. Un estudio realizado por Covenant House sobre adolescentes sin hogar, muchos de ellos en el oficio de la prostitución, encontró una correlación similar entre la gravedad de los síntomas del TEPT y el historial de violencia (DiPaolo, 1999).
- 8) El 88% de las personas en situación de prostitución fueron objeto de maltrato verbal y desprecio social que las afectaba negativamente. El maltrato verbal en la prostitución rara vez se considera como causal de daño.

Hallazgos similares sugieren que la gravedad de los síntomas asociados al trauma estaba relacionada con el grado de intensidad y participación en la prostitución. Las mujeres que ofrecieron sus servicios a mayor número de clientes reportaron síntomas físicos más severos (Vanwesenbeeck, 1994). Entre más tiempo llevaban las mujeres en la prostitución, cuanto mayor era el número de ETS reportadas (Parriott, 1994). Diversos estudios documentan el riesgo considerablemente mayor que tienen las mujeres prostituidas de contraer cáncer de cuello de útero y hepatitis crónica, comparado con las mujeres no prostituidas (Chattopadhyay, Bandyopadhyay &

Duttagupta, 1994; De Sanjosé, Palacio, Tafur, Vásquez, Espitia, Vásquez, Román, Muñoz & Bosch, 1993; Nakashima, Kashiwagi, Hayashi, Urabe, Minami y Maeda, 1996; Parriott, 1994; Pelzer, Duncan, Tibaux & Mebari, 1992).

Vanwesenbeeck (1994) señaló que la pobreza y la cantidad de tiempo dedicado a la prostitución estaban asociadas a mayores grados de violencia en la prostitución. Al igual que Vanwesenbeeck, encontramos que aquellas mujeres que sufrieron violencia extrema en el ejercicio de la prostitución no estuvieron representadas en nuestra investigación. Debido a esta limitación, es probable que todas las estimaciones de violencia que figuran en el presente informe sean conservadoras, y que quizá exista una incidencia más elevada de la violencia en esos grupos sociales que la que hallamos.

Las personas traumatizadas tienden a minimizar o negar sus experiencias, especialmente cuando se encuentran sumidas en una situación traumática en curso como, por ejemplo, la guerra o la prostitución. Esto conduce a veces a una disminución del porcentaje de informes sobre sucesos violentos. Basados en la revisión de estudios previos e informes clínicos, consideramos que nuestra estadística sobre la prevalencia de abuso sexual en la infancia entre aquellos que ejercen la prostitución en 9 países (63%), probablemente se queda por debajo de lo real respecto de esta población, la cual estimamos que se acerca al 85% (Silbert y Pines, 1981, 1983, Giobbe, 1991, Hunter, 1994).

Para describir las complejas relaciones entre abuso sexual infantil, revictimización, prostitución y problemas de salud, referimos el caso de una mujer que decidió prostituirse luego que se diera cuenta que había sido objeto de abuso sexual cuando era niña:

"... mi vida perdió todo sentido; solo sabía que quería prostituirme. Pensé que ya nunca más podría ser lastimada y sentí que podía hacer lo que quisiera y tener sexo con quien quisiera... porque *alguien en el pasado echó a perder mi sistema* (Morse, Suchman & Frankel, 1997. (Letra cursiva de los autores).

En la prostitución, la dinámica de la explotación sexual de niñas y mujeres es a menudo indistinguible de la dinámica del incesto, la violencia contra la propia pareja y la violación sexual. (Gysels, Pool, & Nnulasiba, 2002). Al igual que los adultos en prostitución, los niños que son violados por sus padres son víctimas del chantaje que emplea el adulto agresor para obligarlos a realizar actos sexuales ofreciéndoles comida, dinero o protección a cambio de su silencio. Así pues, la utilización de un niño en actividades sexuales puede interpretarse como prostitución infantil, al margen de que el hecho suceda dentro o fuera de la familia, o que incluya o no retribución alguna. Cuando un niño es víctima de abusos de carácter incestuoso, la objetivación del niño víctima por parte del autor del abuso y la negación (o apropiación) de todos o algunos aspectos de su intencionalidad se asemeja a la del cliente de la prostitución. Los traumas psicológicos fruto del incesto o la prostitución son similares. Una mujer nos comentó que había desarrollado una "mentalidad de prostituta" luego de haber sido abusada sexualmente por vecinos y familiares desde que tenía 9 años hasta la adolescencia, época en la que empezó a prostituirse (Carroll & Trull, 1999).

Aunque el presente estudio evaluó solamente al Trastorno de Estrés Postraumático como consecuencia psicológica de la prostitución, síntomas adicionales de sufrimientos emocionales son comunes entre las mujeres prostituidas, incluyendo otros desórdenes de ansiedad, desórdenes de disociación (Ross, Farley & Schwartz, 2003), abuso de sustancias tóxicas, desórdenes de personalidad, y depresión. La depresión es casi universal entre las mujeres prostituidas. Por ejemplo, Raymond, Hughes & Gómez (2001) hallaron que el 86% de las mujeres víctimas de la trata interna y el 85% de las mujeres víctimas de la trata transnacional experimentaban depresión.

Otra de las secuelas psicológicas resultante de la prostitución de larga duración es el estrés postraumático complejo (TEPTC) que se origina a raíz de la exposición continuada al estrés extremo, al cautiverio y a la opresión. Los síntomas del estrés postraumático complejo incluyen capacidad de modulación afectiva pobre, alteración importante de sentido del Yo (identidad) -en prostitución: autodeterminación sexual subordinada-, falta de confianza en los demás que repercute en las relaciones íntimas (por ejemplo, un novio se percibe cada vez más como otro “cliente”), y cambios en las convicciones ideológicas acerca de la naturaleza humana y del mundo (Herman, 1992; Van der Kolk, 1996). En el trastorno por estrés postraumático complejo, y en algunos trastornos de la personalidad del Eje II, la objetivación y desprecio dirigidos a los que se prostituyen son interiorizados y solidificados, dando como resultado una respuesta subconsciente de auto-aborrecimiento persistente y que es resistente al cambio (Schwartz, 2000). La mujer prostituida es una forastera que existe, sin honor ni reconocimiento público, en una especie de muerte social (Patterson, 1982, Farley, 1997). Todos aquellos que se dedican a la prostitución, al igual que los esclavos y los prisioneros de campos de concentración, pueden perder sus identidades como individuos, transformándose, por encima de todo, en lo que sus amos, nazis o clientes quieren que sean. Como nos dijo una mujer refiriéndose a la prostitución: *“Te daña internamente. En tu propia mente te conviertes en lo que esas personas dicen y hacen contigo”* (Farley, entrevista inédita, 1999).

La desigualdad de género allana el terreno para la coerción sexual, la violencia de pareja y la violencia en la prostitución, contribuyendo a que aumenten las probabilidades de las mujeres de ser infectadas por el VIH. Hoy se reconoce la violencia sexual como el principal factor de riesgo para contraer la infección por VIH entre las mujeres (Romero-Daza, Weeks, & Singer, 1998). Kalichman y sus colegas señalaron la coincidencia entre la violencia doméstica y la epidemia del VIH en Rusia, Ruanda y los EE.UU. (Kalichman, Kelly, Shaboltas & Granskaya, 2000, Kalichman, Williams, Cheery, Belcher & Nachimson, 1998). La mitad del total de nuevos casos de SIDA son menores de 25 años, y es más probable que las niñas contraigan la infección a una edad más temprana que los niños, en parte debido a la tolerancia hacia la violencia sexual contra las niñas y mujeres en la mayoría de las culturas (Piot, 1999). En África y Asia, aún existe la amplia creencia de que mantener relaciones sexuales con una niña pequeña cura el VIH. En sus intentos por escapar de una vida de hambre y pobreza, las jóvenes adolescentes en África no pueden negarse a los abusos sexuales cometidos por maestros varones mayores que controlan su futuro educativo (Reilly, 2001). A partir de una revisión de diversos estudios, Sanders-Phillips (2002) reveló que la prostitución y el uso de drogas por vía intravenosa son los medios más comunes de exposición al VIH entre las mujeres negras en los Estados Unidos. La autora sugiere al igual que Worth (1989), que el fracaso de las mujeres para velar

por su salud sexual tiene relación con la subordinación sistemática de las mujeres por los hombres y otros factores específicos que aumentan su vulnerabilidad tales como la discriminación racial o étnica y la pobreza. Aral & Mann (1998) subrayaron la importancia de abordar los temas relacionados con derechos humanos conjuntamente con las enfermedades de transmisión sexual. Asimismo señalaron que, puesto que la mayoría de las mujeres entran al mundo de la prostitución como resultado de la pobreza, violación, infertilidad, o divorcio, los programas de salud pública deben tomar en cuenta los numerosos factores sociales que contribuyen a la transmisión de las ETS y el VIH. Estamos de acuerdo en que es imprescindible hacer frente a las causas profundas de la prostitución: la desigualdad de género, el racismo y colonialismo, la pobreza, el turismo y el desarrollo económico desenfrenado que destruye los modos de vida tradicionales.

Además de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH, la prostitución trae como resultado múltiples síntomas de enfermedades adicionales. Los problemas de salud física vienen dados por abuso físico y negligencia en la infancia (Radomsky, 1995), agresiones sexuales (Golding, 1994), golpizas (Crowell y Burgess, 1996), problemas de salud sin tratar, estrés acuciante, y violencia (Friedman y Yehuda, 1995; Koss y Heslet, 1992; Southwick et al 1995). De todo lo antedicho, las mujeres prostituidas son las que más frecuentemente los padecen. Se ha demostrado que la violencia en las relaciones de pareja, especialmente la violencia sexual, podría incrementar entre 50% y 70% el riesgo de desarrollar enfermedades ginecológicas, problemas del sistema nervioso central, y estrés (Campbell, Jones, Dienemann, Kub, Schollenberger, O'Campo, Gielen y Wynne, 2002; McNutt, Carlson, Persaud, y Postmus, 2002). Entre los encuestados en los 9 países en estudio, hallamos muchos problemas de salud que eran resultado directo de la violencia en prostitución, y probablemente también derivados del estrés crónico y apremiante.

Por ejemplo, el 75% de las mujeres canadienses entrevistadas había sufrido heridas ocasionadas durante el ejercicio de la prostitución. Estas incluían puñaladas y palizas, contusiones, huesos rotos (fracturas de mandíbula, costillas, clavícula, dedos, columna, cráneo). La mitad de las mujeres canadienses había sufrido lesiones cerebrales traumáticas a causa de ataques violentos con bates de béisbol, barras de hierro o por golpear su cabeza contra las paredes o contra el tablero de control de automóviles. No sorprende, entonces, que padecieran problemas de memoria, dificultad para concentrarse, dolores de cabeza, problemas de visión, mareos, pérdida del equilibrio o problemas para caminar. Tales síntomas neurológicos suelen atribuirse exclusivamente a los efectos tóxicos de las drogas o del alcohol, al trastorno de estrés postraumático o a los trastornos de la personalidad. Sin embargo, también pueden resultar de lesiones cerebrales traumáticas (LCT). En un estudio de mujeres prostituidas realizado en tres países, el 30% de las mujeres filipinas, el 33% de las mujeres rusas, y el 77% de las mujeres estadounidenses declararon haber tenido traumatismos craneales (Raymond et al, 2002, p 66-68).

Desafortunadamente, en la mayoría de casos, los síntomas físicos y psicológicos no desaparecieron una vez las mujeres escaparon de la prostitución. Por el contrario, el 38% de los problemas de salud sobre los cuales indagamos figuraron entre los problemas señalados con *mayor frecuencia* por el grupo de mujeres que había dejado la prostitución en comparación con aquellas que continuaban en el oficio

(incluidos dolor o entumecimiento en las manos o los pies, problemas de visión, problemas de equilibrio, alergias, ritmo cardiaco irregular, y problemas reproductivos), y su nivel de angustia psicológica era especialmente alto. Al comparar las mujeres que continuaban en la prostitución con aquellas que ya no lo hacen, un estudio realizado en Canadá reveló que las encuestadas “fugadas” fueron solo un poco menos propensas a experimentar depresión, y más propensas a sufrir ataques de ansiedad y trauma emocional que sus homólogas que continuaban [en la prostitución] (Benoit y Millar, 2001: 71).

Más de las tres cuartas partes de estas personas en situación de prostitución en los 9 países expresaron que la asistencia más necesaria era la provisión de vivienda segura y de formación laboral. Más de la mitad expresaron la necesidad de asistencia sanitaria general y la mitad de ellas mencionó específicamente la necesidad de asistencia psicológica personalizada. Estos resultados son consistentes con los un estudio anterior en el que las participantes prostituidas destacaron la necesidad de ampliar la asistencia en salud mental, específicamente a través de centros de acogida, centros especializados en crisis y líneas de emergencia (Butters & Erickson, 2003).

Conclusiones

Una mujer canadiense comentó: "Lo que es violación para algunos, para nosotras es normal." Una mujer tailandesa dijo, "Odio tener que practicar el sexo con alguien que no me gusta o no amo." Para la inmensa mayoría de la de las mujeres que se prostituyen en todo el mundo, la prostitución y la trata de seres humanos son experiencias en las que suelen verse perseguidas, dominadas, acosadas y atacadas sexualmente. Las mujeres prostituidas son convertidas en objetos dentro de los cuales se masturban los hombres, causando un profundo daño psicológico en la persona que está actuando de receptáculo (Hoigard & Finstad, 1986).

Existe una desinformación generalizada acerca de la prostitución, basada en posturas que pretenden atenuar los daños arriba descritos, y que es difundida por organizaciones que consideran la prostitución un tipo de trabajo como otro cualquiera (“trabajo sexual”). Mencionamos a continuación algunos de los mitos más persistentes respecto a la prostitución: que la prostitución callejera es el peor tipo de prostitución, que la prostitución de hombres y niños varones es sustancialmente distinta de la prostitución de mujeres y niñas, que la mayoría de aquellos en situación de prostitución han dado libremente su consentimiento, que la mayoría entra en ese mundo a causa de su adicción a las drogas, que la prostitución es cualitativamente diferente de la trata de personas, y que legalizar la prostitución reduciría sus efectos perjudiciales.

Destacamos el carácter multi-traumático de la prostitución, ya sea que se practique en clubes nocturnos, burdeles, hoteles, moteles, prostíbulos, en los vehículos o las calles (así como los denominados servicios de acompañantes, que se distinguen por anunciar a través de agencias chicas de compañía del más alto nivel). Ninguna investigación ha demostrado hasta ahora que la prostitución de la calle es el peor tipo de prostitución, si se midiera en relación con el daño causado a las mujeres que la practican. Algunas mujeres

prostituidas nos han dicho que se sentían más seguras en la prostitución de la calle que, por ejemplo, en los burdeles (legales) de Nevada, en donde no se les permitía rechazar a ningún cliente. Otras comentaron que, en la calle, podían rechazar a los clientes potenciales de apariencia peligrosa o que estuvieran bajo los efectos de drogas o alcohol y que a menudo alguna de sus compañeras simulaba anotar el número de la placa del vehículo del “John”, por considerarlo un elemento disuasivo para los autores de la violencia. Raphael y Shapiro (2002) revelaron que, en relación a los servicios de acompañantes y la prostitución callejera, las mujeres de Chicago reportaron la misma frecuencia con que se cometen actos de violación en otras modalidades de prostitución. En un estudio previo llevado a cabo en Sudáfrica, aunque se encontró un índice de violencia física más elevado en la prostitución de la calle que en la prostitución en burdeles, no se hallaron diferencias en la incidencia del trastorno de estrés postraumático en estos dos tipos de prostitución, lo que sugiere la naturaleza intrínsecamente traumatizante de la prostitución (Farley et al, 1998). Ross, Farley y Schwartz (2003), presentan una síntesis de un estudio canadiense en el que se halló que las mujeres que se prostituían en clubes de nudismo tuvieron índices significativamente más altos de trastorno disociativo y otros trastornos psiquiátricos que las mujeres que se prostituían en la calle. En el presente estudio, comparamos la prostitución en clubes de nudismo, salas de masajes, burdeles, y la prostitución de calle en México, y no encontramos diferencias estadísticas en la incidencia de agresiones físicas, violaciones, abuso sexual infantil y síntomas de trastorno de estrés postraumático. Tampoco se encontraron diferencias, expresadas en porcentajes, entre las mujeres que se prostituían en burdeles, la calle, clubes de nudismo o salones de masaje que querían abandonar la prostitución.

Resultados similares han sido reportados en los Países Bajos donde la prostitución, pese a que está reconocida como actividad legal, sigue causando profundo daño en las personas que la practican. Por ejemplo, el 90% de las mujeres que se prostituían principalmente en clubes de nudismo, burdeles y escaparates padecía de nerviosismo extremo, un síntoma característico de la hiperactivación fisiológica del cuadro clínico del TEPT. Adicionalmente, entre 75% y 80% de las mujeres holandesas reportaron desconfianza, síntomas de depresión, irritabilidad y malestar físico crónico (Vanwesenbeeck, 1994).

Desde la década de 1980, se ha observado un notable crecimiento del proxenetismo socialmente legitimado en los Estados Unidos y en muchos otros países. La línea divisoria entre la prostitución y la no-prostitución se ha ido difuminando cada vez más, a la par que ha ido aumentando el contacto físico entre bailarines eróticos y usuarios, junto con el acoso sexual y la agresión física contra las mujeres que se prostituyen en los clubes de nudismo. En la mayoría de estos clubes, los usuarios pueden pagar por una ronda de baile en el que la bailarina se sienta sobre el regazo del usuario con muy poca o ninguna ropa, mientras frota sus genitales contra los genitales del usuario. Aunque éste permanece vestido, usualmente espera alcanzar la eyaculación (Lewis, 1998). Tocar, agarrar, pellizcar y manipular, como parte de las funciones de una bailarina, sobrepasa cualquier límite que existía en el pasado entre bailar, hacer nudismo y prostituirse. Al igual que sucede en otros tipos de prostitución, el abuso verbal, físico o sexual que sufren las mujeres prostituidas en los clubes de nudismo incluye manoseo de los senos, las nalgas y los genitales, así como ser pateada, mordida, abofeteada, escupida y penetrada vaginal o analmente durante el baile erótico (Holsopple, 1998).

Los defensores de la prostitución argumentan que la mayor parte de la violencia y los síntomas relacionados al trauma en mujeres en situación de prostitución son el resultado de la violencia callejera o de un estilo de vida vinculado a las drogas y no de la prostitución propiamente dicha. Se espera que las siguientes comparaciones ayuden a disipar ese mito. Un estudio sobre la salud las mujeres dedicadas a la venta ambulante en Johannesburgo nos permite realizar una comparación cuantitativa entre la violencia que se ejerce en su contra y la violencia contra las mujeres sudafricanas de nuestra encuesta. Las vendedoras ambulantes se encontraban en condiciones similares -mujeres que pasan gran parte de su vida en la calle- pero que no se prostituyen (Pick, Ross & Dada, 2002). Las mujeres en prostitución interrogadas eran varios años más jóvenes (edad media de 24 años) que las vendedoras ambulantes (edad media de 30 años). El 7% de las vendedoras ambulantes sudafricanas recibieron amenazas verbales o físicas, comparado con el 68% de las mujeres sudafricanas prostituidas que habían sido amenazadas con un arma. El 6% de las vendedoras ambulantes habían sido agredidas físicamente en contraste con un 66% de las mujeres prostituidas. El 7% de las vendedoras ambulantes fue objeto de acoso físico y sexual en contraste con el 56% de las sudafricanas encuestadas que fueron violadas en el ejercicio de la prostitución. Por lo anterior, el índice de violencia interpersonal experimentada por las mujeres involucradas en la prostitución fue mayor que el de las mujeres que se dedican a la venta ambulante dentro del mismo barrio en Johannesburgo, Sudáfrica. Teniendo en cuenta que las condiciones de pobreza, la proximidad a los traficantes de drogas, las experiencias que viven cada día en la calle y la guerra civil donde desarrollaron su oficio fueron las mismas para ambos grupos de mujeres, las diferencias encontradas en los índices de violencia sexual y física podrían atribuirse a la violencia intrínsecamente unida a la prostitución.

Un sondeo llevado a cabo en Toronto sobre las personas sin hogar permite hacer comparaciones con nuestra muestra de mujeres canadienses prostituidas. Crowe y Hardill (1993) encontraron que el 40% de las personas sin hogar habían sido agredidas, lo que contrasta con el 91% de las mujeres canadienses prostituidas de nuestro estudio. Del mismo modo, Crowe y Hardill encontraron que 21% de mujeres sin hogar habían sido violadas en el año anterior, mientras que un 75% de nuestras encuestadas reportaron haber sido violadas en el ejercicio de la prostitución. Si bien los resultados mostraron que la falta de hogar se coliga a la violencia, la prevalencia de la violencia en la prostitución es mayor.

Diversos investigadores han estudiado el desarrollo de las actitudes de los hombres frente a la prostitución. Al investigar el comportamiento de los hombres con prostitutas, los investigadores escandinavos exponen que la prostitución es una expresión de la sexualidad de los varones, pero no de las mujeres (Mansson, 2001). Al igual que los mitos sobre la violación sexual, los mitos más persistentes respecto a la prostitución (creencias erróneas en las que la prostitución es percibida como inofensiva) constituyen un componente importante del conjunto de actitudes y comportamientos de las personas que conciben a la violencia sexual como inevitable y normal. Específicamente, los hallazgos revelan que la aceptación de la prostitución entre los estudiantes universitarios estaba estrechamente correlacionada con la aceptación de los mitos en torno a la violación sexual (Cotton, Farley y Baron, 2002). Por otra parte,

los estudiantes universitarios varones con mayor aceptación de la prostitución tienden a ser los que también reportan haber sometido a sus parejas a diversas prácticas sexuales coercitivas (Schmidt, Cotton y Farley 2000).

Si bien a veces se asume que la prostitución masculina es cualitativamente distinta de la prostitución femenina, nuestro estudio no encontró que ese sea el caso. (Kendall & Funk, 2003). En Estados Unidos, Sudáfrica y Tailandia, realizamos un estudio comparativo entre mujeres, hombres y transexuales en situación de prostitución, sin hallar diferencias significativas respecto del trastorno de estrés postraumático. Un estudio similar encontró que el 76% del total de 100 mujeres, hombres y transexuales que practicaban la prostitución en Washington DC, deseaba abandonar la industria del sexo y el 91% de los hombres deseaba salir de la prostitución (Valera, Sawyer y Schiraldi, 2001). Estos resultados guardan consistencia con los del presente estudio. En virtud de ello, es posible afirmar que la limitada investigación realizada hasta la fecha claramente sugiere que, en términos comparativos, las experiencias que puedan tener los hombres, niños y transexuales como personas prostituidas, son similares a las que viven las mujeres y las niñas en la misma situación.

Otra de las concepciones equivocadas que se tienen acerca de la prostitución es que las prostitutas en su inmensa mayoría abusan de las drogas y que ingresan al mundo de la prostitución para poder sufragar su vicio. En este sentido, diversos estudios han demostrado que las mujeres prostituidas acrecientan el consumo recreativo de drogas al punto de llegar a la adicción *después* de ingresar en la prostitución (Dalla, 2002). Por su parte, Lange, Ball, Pfeiffer, Snyder, & Cone (1989) encontraron que el 8% de las prostitutas que estaban en tratamiento contra la adicción habían informado que su abuso de las drogas había precedido a su ingreso a la prostitución, mientras que el 39% había informado que la prostitución había propiciado su consumo. Otro estudio reveló que el 60% de un grupo de mujeres prostituidas venezolanas comenzaron a abusar de las drogas y del alcohol luego de su ingreso en el mundo de la prostitución (Raymond, D'Cunha, Dzuhayatin, Hynes, Rodríguez y Santos, 2002). Por su parte, Kramer (2003), y Gossop, Powis, Griffiths, y Stang (1994), plantean que las prostitutas consumen drogas y alcohol para lidiar con los abrumadores estados emocionales que experimentan mientras se prostituyen. Medrano, Hatch, Zule y Desmond (2003) encontraron que las mujeres afroamericanas drogodependientes que habían estado expuestas a mayores niveles de abuso y negligencia emocional o física durante la infancia tenían un mayor riesgo de prostituirse que aquellas que habían sufrido abuso y negligencia emocional o física leve. Medrano et al constató que esta asociación entre el abuso durante la niñez y la prostitución *no tuvo relación* con el consumo de cocaína.

Una táctica común utilizada por los padrotes y tratantes para mantener bajo su control a las prostitutas es forzarlas al consumo de estupefacientes. De igual forma, se sabe que los autores de abusos sexuales de menores suelen drogarlos a fin de facilitar el acceso carnal o para desorientarlos y silenciarlos (Carroll y Trull, 1999, Schwartz, 2000).

Aunque a veces se argumenta que la legitimación jurídica de la prostitución reduciría los actos de violencia cometidos en la prostitución, muchos de los encuestados de nuestro estudio señalaron que no consideran que la prostitución legal evite que se produzcan abusos físicos y sexuales. Encontramos que el 46% de las personas que la ejercen en 6 países opinaron que no consideran que estarían a salvo de abusos físicos y sexuales si la prostitución fuese legal. En un estudio realizado en Washington, D.C., el 50% de las 100 personas

consultadas expresaron los mismos puntos de vista (Valera et al, 2000). En Alemania, donde la prostitución es legal, más de la mitad de los encuestados nos manifestaron que la legalidad o ilegalidad de la prostitución no les hace sentir más seguros de estar protegidos contra tales abusos.

La triple carga de discriminación de raza, género y clase proporciona ejemplos de la desigualdad que enfrentan las mujeres indígenas. La prostitución de mujeres Aborígenes ocurre a escala mundial, en proporciones aterradoras, ocupando el último lugar en las jerarquías sexuales racializadas sobre las cuales se asienta el sistema prostibulario (Scully, 2001). El legado pernicioso del colonialismo y los traumas históricos sufridos durante generaciones por estas comunidades son factores críticos que fomentan la prostitución de las mujeres indígenas (Farley y Lynne, 2003). El índice excesivamente elevado de mujeres en situación de prostitución de los Pueblos Originarios de Canadá salta a la vista en el informe de resultados que aquí presentamos. Nuestros hallazgos reflejan la grave situación de marginalidad y menosprecio que viven estas mujeres en Canadá, así como la inexistencia de opciones para ganarse la vida.

Las mujeres indígenas casi siempre son objeto de trata dentro de sus propios territorios, siendo llevadas de áreas rurales (o reservas) a zonas urbanas. En ese proceso, cientos de mujeres, hombres y niños son captados y colocados en el mercado prostitucional o son vendidos para trabajo bajo condiciones precarias, servidumbre doméstica, o matrimonio forzoso (también conocido como “novias por catálogo”)⁽⁵⁾. La trata puede traspasar fronteras o ser intranacional, por lo tanto, se habla de personas traficadas internacionalmente o dentro del país. El daño causado por la prostitución en sí misma es similar tanto si la víctima cruza una frontera internacional como si es trasladada de un lugar a otro dentro del mismo país, por ejemplo, de Chiapas a Ciudad de México, o de Saskatoon a Vancouver. La experiencia de ser desarraigada de su propio hogar o comunidad provoca gran sufrimiento. No hay que olvidar que el propio fenómeno de la migración es, por lo general, consecuencia de circunstancias graves tales como la degradación de las poblaciones, la violencia y la deshumanización (deJong, 2000). Asimismo, la migración puede reducir las posibilidades de acceso a los recursos de apoyo social con que cuentan las mujeres para protegerse de la violencia sexual (Lyons, 1999).

La trata de personas no puede ocurrir sin la aceptación de la prostitución por el país receptor. Los gobiernos protegen la prostitución y la trata de personas en razón a las enormes ganancias que derivan de la industria del sexo. En 1999, Tailandia, Vietnam, China, México, Rusia, Ucrania y la República Checa fueron los principales países de origen para el tráfico de mujeres hacia los Estados Unidos (Richardson, 2000). Los países de origen varían en función de la precariedad económica de las mujeres, las desigualdades de género de carácter cultural, la promoción de la prostitución y la trata de personas con la aquiescencia de autoridades gubernamentales corruptas principalmente mediante la expedición fraudulenta de pasaportes y visados, seguida de sus vínculos con grupos delictivos organizados que administran y dirigen los establecimientos donde son explotadas, como por ejemplo los salones de masaje, tanto en el país de origen como en el país receptor, todo ello aunado a la falta de leyes para

Salgado (2002) describe lo que podría denominarse adecuadamente como *síndrome del tráfico de personas* resultante de persistentes ataques violentos y humillaciones contra una persona que se mantiene aislada y viviendo en condiciones similares a la de los prisioneros de guerra. Al igual que en el caso de la prostitución y el tráfico interno de personas, el tráfico transfronterizo puede provocar síndrome de estrés postraumático. Con independencia de que se trate de tráfico interno o transfronterizo, las mujeres traficadas experimentan miedo extremo y culpa asociada a creencias religiosas o culturales (Ver CPTSD arriba), autoinculpación y una profunda sensación de haber sido traicionadas, no sólo por su familia y padrotes, sino también por los tratantes “protectores” y gobernantes de sus países de origen. El aislamiento social y los temores sobre su estatus migratorio dejan a las mujeres particularmente vulnerables a la prostitución. Además, las mujeres pueden temer la pérdida de su estatus migratorio si intentan abandonar a sus maridos violentos o a sus padrotes y puede que no sepan cómo acceder a los servicios legales o sociales. Otros obstáculos que enfrentan las mujeres inmigrantes víctimas de la trata son la falta de servicios en las lenguas nacionales de los grupos recién llegados, la discriminación y el racismo, y han de seguir modelos de asistencia sanitaria que no guardan relación con su cultura.

En los cinco años transcurridos desde que los datos de los cinco primeros países de este estudio se recopilaban (Farley et al, 1998), la normativización del ejercicio de la prostitución se ha hecho creciente en diversas culturas en las que, sea o no legal, la promueven y toleran como un trabajo razonable para las mujeres. La tecnología de la Internet ha ampliado las posibilidades del negocio del sexo a escala mundial, las cuales algunas veces han sido acogidas como estrategias de desarrollo de los gobiernos. Por ejemplo, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) promueve la prostitución como la "industria del sexo" de las economías asiáticas pese a que también señalan que sus propios sondeos han indicado que en Indonesia, por ejemplo, el 96% de los encuestados quería dejar la prostitución (Lim, 1998). Aunque su mensaje es claro en cuanto a su deseo de salir de la prostitución, las voces de estas mujeres en la "industria del sexo" son ignoradas. El interés económico que impide escuchar a aquellos en situación de prostitución es evidente: el 2.4% del producto interno bruto de Indonesia (US \$ 3,3 mil millones por año) y el 14% del producto interno bruto de Tailandia (US \$ 27 mil millones por año) proviene de las empresas de sexo legales (Lim, 1998).

Una mujer de Tailandia nos dijo: “Quiero que el mundo entienda que la prostitución no es un buen trabajo – lo que significa que existen otros empleos destinados a las mujeres. Quiero que el gobierno examine lo que está pasando”. En lugar de preguntar “¿Eligió esta actividad libremente?”, debería preguntar: ¿qué alternativas reales tiene para ganarse la vida?”. La incidencia de la falta de hogar (75%) entre nuestros encuestados en 9 países, y su deseo de salir de la prostitución (89%) reflejan la falta de opciones para salir de ella. Es un error, tanto clínico como estadístico, asumir que la mayoría de las mujeres ejercen la prostitución por libre elección. En la prostitución, las condiciones en que puede tener lugar el libre consentimiento están ausentes: seguridad física, trato igualitario con los clientes, y alternativas reales (MacKinnon, 1993; Hernández, 2001). Hasta que se entienda que la prostitución y el tráfico de personas podrían *parecer voluntarios* pero que en realidad no se eligen a partir de una amplia gama de opciones, será difícil prestar un

apoyo inmediato y adecuado a los hombres, mujeres y niños que desean escapar de la prostitución pero no tienen otra salida para ganarse la vida.

Me siento como imagino se sintieron las personas que estuvieron en campos de concentración cuando recobraron su libertad... Es un dolor profundo y real, un ataque a mi mente, mi cuerpo y mi dignidad como ser humano. Siento que lo que me fue arrebatado en la prostitución es irrecuperable. (Giobbe, 1991, citado por Jeffreys, 1997)

Ya no podemos seguir asumiendo que el daño cometido contra las prostitutas es de manera alguna fortuita. Al igual que la esclavitud hoy día, la institución de la prostitución es cuidadosamente estructurada y promovida. Quienes nos preocupamos por los derechos humanos en el mundo debemos hacer frente a la invisibilidad social de la prostitución, la negación masiva respecto de sus efectos nocivos, su normativización como un mal social inevitable que se puede mover de un punto a otro lejos de los barrios de la gente de bien, y a la incapacidad de formar jóvenes en derecho, psicología, salud pública y justicia penal. La prostitución y el tráfico de personas pueden darse solamente en un clima de indiferencia pública, profesional y académica.

Tabla1. Edad, Edad de Inicio y Tiempo de Permanencia en la Prostitución

	Resumen 9 Países (N=854)	Canada (n=100)	Colombia (n=96)	Alemania (n=54)	México (n=123)	Sudáfrica (n=68)	Tailandia (n=116)	Turkía (n=50)	EE.UU. (n=130)	Zambia (n=117)
Edad media (SD)	28 (8)	28 (8)	31 (10)	26 (10)	27(7)	24 (5)	26 (7)	29	31 (9)	27 (7)
Rangos de edad	12 - 68	13 - 49	14 - 58	15 - 68	18 - 60	17 - 38	14 - 46	16 - 55	14 - 61	12 - 53
Edad promedio de inicio en la prostitución(SD)	19 (6)	18 (6)	17 (4)	19 (6)	20 (4)	20 (5)	21 (5)	Indefinido	20 (8)	16.9 (4)
Años en la prostitución	9 (8)	10 (8)	14 (8)	7 (8)	7(8)	4 (4)	5 (4)	Indefinido	11 (9)	10.2 (7)
Porcentaje de menores de 18 años en el momento del inicio	47% (353)	54% (54)	59% (56)	41% (22)	32% (38)	40% (27)	32% (28)	Indefinido	42% (53)	68% (75)

Tabla 2. Violencia en el Ámbito de la Prostitución

	Resumen 9 Países (N=854)	Canada (n=100)	Colombia (n=96)	Alemania (n=54)	México (n=123)	Sudáfrica (n=68)	Tailandia (n=116)	Turkía (n=50)	EE.UU. (n=130)	Zambia (n=117)
Amenazadas con un arma durante el ejercicio de la prostitución	64% (503)	67% (66)	59% (57)	52% (28)	48% (46)	68% (45)	39% (33)	68% (34)	78% (100)	86% (94)
Agredidas físicamente durante el ejercicio de la prostitución	73% (595)	91% (91)	70% (67)	61% (33)	59% (72)	66% (45)	56% (50)	80% (40)	82% (106)	82% (91)
Violadas durante el ejercicio de la prostitución	57% (483)	76% (76)	47% (45)	63% (34)	46% (57)	56% (38)	38% (45)	50% (25)	73% (95)	79% (93)
(De las personas violadas) violadas más de cinco veces durante el ejercicio de la prostitución	59% (286)	67% (51)	64% (29)	50% (17)	44% (25)	58% (22)	56% (25)	36% (9)	59% (56)	52% (48)
Sin techo en el presente o en el pasado	75% (571)	86% (84)	76% (73)	74% (40)	55% (65)	73% (49)	57% (53)	58% (29)	84% (108)	89% (99)
De niños, fueron golpeadas o maltratadas por un cuidador hasta causarles heridas o moretones	59% (448)	73% (72)	66% (63)	48% (26)	57% (69)	56% (38)	39% (35)	56% (28)	49% (37)	71% (80)
Abuso sexual en la infancia	63% (508)	84% (82)	67% (64)	48% (26)	54% (64)	66% (45)	47% (41)	34% (17)	57% (73)	84% (93)
Promedio de autores de abuso sexual en la infancia	4	5	2	17	2	2	1	Indefinido	2	6
Mediana de autores de abuso sexual en la infancia	1	3	1	4	1	1	0	Indefinido	1	3

Tabla 3. Cantidad y Tipos de Violencia a Largo de la Vida

Tipos de Violencia a lo largo de la vida	Resumen 9 Países (N=854)	Canadá (n=100)	Colombia (n=96)	Alemania (n=54)	México (n=123)	Sudáfrica (n=68)	Tailandia (n=116)	Turquía (n=50)	EE.UU. (n=130)	Zambia (n=117)
	13% (110)	2% (2)	12% (11)	6% (3)	22% (27)	12% (8)	28% (33)	20% (10)	6% (8)	7% (8)
1 Tipo de Violencia	16% (133)	12% ()	16% (15)	17% (9)	15% (19)	19% (13)	28% (33)	24% (12)	12% (15)	4% (5)
2 Tipo de Violencia	20% (171)	7% (7)	22% (21)	37% (20)	16% (20)	16% (11)	21% (24)	22% (11)	34% (44)	11% (13)
3 Tipo de Violencia	26% (222)	24% (24)	16% (15)	33% (18)	25% (31)	19% (13)	17% (20)	34% (17)	34% (44)	34% (40)
4 Tipo de Violencia	25% (218)	55% (55)	35% (34)	7% (4)	21% (26)	34% (23)	5% (6)	0% (0)	15% (19)	44% (51)

Tabla 4. Prostitución and Pornografía

	Resumen 9 Países (N=854)	Canadá (n=100)	Colombia (n=96)	Alemania (n=54)	México (n=123)	Sudáfrica (n=68)	Tailandia (n=116)	Turquía (n=50)	EE.UU. (n=130)	Zambia (n=117)
Afectados por ser incitados a Hacer lo que propone el material pornográfico observado	47% (377)	64% (63)	62% (60)	44% (24)	35% (42)	56% (37)	48% (43)	20% (10)	32% (41)	47% (51)
Fueron utilizadas para producir material pornográfico	49% (371)	67% (64)	50% (48)	52% (28)	44% (53)	40% (26)	45% (39)	N/A	49% (63)	47% (52)

Tabla 5. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

	Resumen 9 Países (N=854)	Canadá (n=100)	Colombia (n=96)	Alemania (n=54)	México (n=123)	Sudáfrica (n=68)	Tailandia (n=116)	Turquía (n=50)	EE.UU. (n=130)	Zambia (n=117)
Diagnóstico del TEPT	68% (562)	74% (72)	86% (83)	60% (32)	54% (67)	75% (51)	58% (59)	66% (33)	69% (87)	71% (78)

Tabla 6. Escala de Síntomas del TEPT – Comparación entre la Puntuación Media del TEPT de personas en situación de prostitución en 9 países, y de Veteranos de Guerra y Mujeres con antecedentes de abuso infantil

	Índice del TEPT (refleja la gravedad)	SD
1. Estudio actual		
9 mujeres en situación de prostitución (Canadá)	56.0	15.7
96 mujeres en situación de prostitución (Colombia)	58.3	13.6
53 mujeres en situación de prostitución (Alemania)	50.9	15.8
123 mujeres en situación de prostitución (México)	49.4	18.2
68 mujeres en situación de prostitución (Sudáfrica)	55.0	16.4
111 personas en situación de prostitución (Tailandia)	50.8	18.0
50 mujeres en situación de prostitución (Turquía)	53.3	15.5
128 personas en situación de prostitución (EE.UU.)	54.8	17.1
112 mujeres en situación de prostitución (Zambia)	53.2	11.7
2. Weathers et al. (1993)		
123 Veteranos de la Guerra de Vietnam que buscaron tratamiento	50.6	20.2
1006 Veteranos de la Guerra del Golfo Pérsico	34.8	16.3
3 Farley & Patsalides, 2001) (Muestra aleatoria de mujeres miembros de una organización de mantenimiento de la salud)		
26 grupo de control		
25 mujeres adultas con antecedentes de abuso físico	24.4	7.1
27 mujeres adultas con antecedentes de abuso físico y sexual	30.6	10.4
	36.8	15.0

Tabla 7. Consumo de Drogas y Alcohol entre las Personas en Situación de Prostitución en 9 Países

	Resumen 9 Países (N=854)	Canadá (n=100)	Colombia (n=96)	Alemania (n=54)	México (n=123)	Sudáfrica (n=68)	Tailandia (n=116)	Turquía (n=50)	EE.UU. (n=130)	Zambia (n=117)
Consume drogas	48% (383)	95% (94)	4% (3)	70% (38)	34% (40)	49% (33)	39% (40)	46% (23)	75% (94)	16% (18)
Consume alcohol	52% (416)	47% (44)	100% (29)	54% (29)	71% (84)	43% (29)	56% (57)	64% (32)	26% (33)	72% (79)

Tabla 8. Respuestas a la pregunta, “Qué Necesita?” de una muestra de 854 personas en situación de prostitución

Necesidades	Resumen 9 Países (N=854)	Canadá (n=100)	Colombia (n=96)	Alemania (n=54)	México (n=123)	Sudáfrica (n=68)	Tailandia (n=116)	Turquía (n=50)	EE.UU. (n=130)	Zambia (n=117)
Dejar la prostitución	89% (699)	95% (89)	97% (93)	85% (33)	68% (81)	89% (58)	92% (82)	90% (45)	87% (111)	99% (107)
Vivienda o lugar seguro	75% (618)	66% (63)	74% (71)	61% (33)	87% (107)	72% (46)	59% (64)	60% (30)	78% (99)	94% (105)
Capacitación laboral	76% (600)	67% (64)	57% (55)	63% (34)	92% (113)	75% (48)	56% (61)	46% (23)	73% (93)	97% (109)
Tratamiento contra las drogas/alcohol	47% (356)	82% (78)	15% (14)	48% (26)	38% (47)	46% (29)	44% (33)	6% (3)	67% (85)	37% (41)
Asistencia médica	61% (480)	41% (39)	56% (54)	46% (25)	67% (82)	69% (44)	41% (45)	38% (19)	58% (74)	88% (98)
Apoyo entre pares	51% (393)	41% (38)	41% (39)	65% (35)	36% (44)	58% (37)	49% (53)	24% (12)	50% (64)	63% (71)
Atención psicológica	56% (431)	58% (54)	34% (33)	69% (37)	43% (53)	61% (39)	66% (72)	46% (23)	48% (61)	53% (59)
Entrenamiento en defensa personal	45% (340)	49% (47)	29% (28)	46% (25)	35% (43)	60% (39)	59% (64)	12% (6)	49% (62)	41% (46)
Asesoría legal	51% (366)	33% (31)	43% (41)	37% (20)	50% (61)	58% (37)	57% (62)	Indefinido	42% (54)	54% (60)
Legalización de la prostitución	34% (251)	32% (30)	20% (19)	35% (19)	51% (62)	37% (24)	27% (30)	4% (2)	44% (56)	8% (9)
Servicio de cuidado de niños	44% (335)	12% (11)	49% (47)	7% (4)	36% (44)	48% (31)	44% (48)	20% (10)	34% (43)	87% (97)
Protección frente al maltrato por padrotes	23% (157)	4% (4)	6% (6)	6% (3)	15% (19)	33% (21)	20% (22)	Indefinido	28% (36)	41% (46)

Tabla 9. Participantes que declararon que la prostitución no sería más segura solo por el hecho de ser legalizada

	Resumen 6 Países (N=558)	Canadá (n=100)	Colombia (n=96)	Alemania (n=54)	México (n=123)	Sudáfrica (n=68)	Zambia (n=117)
La prostitución no sería más segura si es legalizada	48% (383)	95% (94)	4% (3)	70% (38)	34% (40)	49% (33)	16% (18)

Tabla 10. Problemas de Salud Crónicos de Mujeres actualmente en ejercicio de Prostitución y de Mujeres Ex-prostituidas

Ítem Los asteriscos indican mayor prevalencia de ese síntoma en mujeres ex-prostituidas	Canadá (n=100)	Mujeres estadounidenses fuera de la prostitución hace por lo menos 1.5 años (N=21)
Dolores y molestias musculares	78% (74)	71% (15)
Lesiones provocadas por la violencia*	76% (72)	95% (20)
Diagnosticado con una enfermedad*	66% (63)	71% (15)
Problemas de memoria*	66% (63)	72% (16)
Problemas de concentración	66% (63)	62% (13)
Síntomas de resfriado o gripa	61% (58)	43% (9)
Dolor articular	60% (57)	38% (8)
Dificultad para respirar	60% (57)	57% (12)
Problemas estomacales	59% (56)	57% (12)
Dolores de cabeza/migrañas	56% (54)	48% (10)
Traumatismo craneal*	53% (50)	95% (20)
Estreñimiento/Diarrea	52% (50)	43% (9)
Dolor/adormecimiento de manos/pies*	50% (47)	52% (11)
Problemas de vision*	45% (43)	57% (12)
Mareos	44% (42)	38% (8)
Problemas dermatológicos	43% (41)	38% (8)
Dolor de pecho	43% (41)	33% (7)
Dificultad para caminar o mantener el equilibrio *	41% (39)	43% (9)
Náuseas	41% (39)	14% (3)
Manos sudorosas	40% (38)	14% (3)
Problemas de oídos	40% (38)	19% (4)
Dolor de garganta o de las mandíbulas	38% (36)	24% (5)
Debilidad muscular/parálisis	38% (36)	24% (5)
Vómito	37% (35)	0%
Alérgias*	35% (33)	38% (8)
Temblor	35% (33)	10% (2)
Inflamación de brazos/manos/piernas/pie	33% (31)	43% (9)
Latido cardíaco irregular o rápido*	33% (31)	38% (8)
Asma	32% (30)	29% (6)
Mala salud en general	30% (28)	10% (2)
Dificultad para degluir	27% (26)	10% (2)
Pérdida de sensibilidad en la piel*	25% (24)	33% (7)
Menstruación dolorosa*	24% (23)	48% (10)
Dolor vaginal*	24% (23)	38% (8)
Dolor en los senos*	23% (22)	24% (5)
Dolor pélvico	21% (20)	19% (4)
Síndrome del túnel carpiano	N/A	14% (2)
Dolor de cuello	N/A	40% (6)

Tabla 11. Maltrato Verbal en la Prostitución

	Resumen 3 Países (N=315)	Canadá (n=100)	Colombia (n=96)	México (n=123)
Maltrato Verbal	88% (277)	90% (88)	91% (87)	84% (102)

NOTAS

(1) Utilizamos el término "John" a lo largo del texto para referirnos a los clientes de las prostitutas, término que a su vez proviene de la jerga inglesa americana y es ampliamente utilizado por las mismas personas que se dedican a la prostitución. Las mujeres estadounidenses también llaman a los clientes "tricks" (trucos) o "dates" (citas). La palabra "truco" alude a las artimañas usadas por los clientes para hacer que las mujeres prostituidas hagan más de lo pactado; la palabra "date" se utiliza en el lenguaje común cuando se trata de una cita romántica con un chico o una chica; en el contexto de la prostitución se interpreta como componente normal de las relaciones hombre-mujer. Las personas en prostitución utilizan diversos términos para referirse a los clientes. En Johannesburgo, por ejemplo, las mujeres los llaman "vaporizadores" (steamers), haciendo alusión a los colonos holandeses que llegaban a la ciudad desde sus granjas conduciendo vehículos con vidrios oscurecidos para comprar niñas negras destinadas a la prostitución.

(2) Entendemos por padrote aquel que hace oficio de intermediario entre cliente y prostituta. Un padrote/a es la persona, hombre o mujer, que ofrece, promueve, vende a la prostituta, y se lucra de la prostitución. Los padrotes no sólo operan en las calles, también son propietarios de clubes de nudismo, bares, disc jockeys; son taxistas, conserjes, administradores de burdeles, etc.

(3) Un grupo de mujeres (mayores de 18 años) que trabajaba en un burdel de Nevada tenía sus cubículos llenos de "gatitos y perritos", y sus alimentos favoritos eran los cereales Captain Crunch, y Nestle's Quik (Rubenstein, 1998). Del mismo modo, Winick y Kinsie (1971, p 146) señalaron que las actividades recreativas de las prostitutas adultas incluían patinar y jugar con muñecas. Podemos decir que estos hechos sugieren procesos de disociación que sufren éstas jóvenes mujeres en respuesta al abuso vivido en la prostitución por los cuales se desconectan de su realidad emocional, alternando entre reinterpretar el abuso que han vivido en la prostitución y la búsqueda de consuelo y seguridad refugiándose en alimentos y actividades que son típicos de los niños.

(4) Muchas mujeres están confundidas sobre la definición de violación. Si por violación se entiende todo acto sexual no deseado que se lleve a cabo mediante coacción, entonces el porcentaje estadístico sería mucho mayor. Algunas mujeres en situación de prostitución asumen que no existe diferencias entre prostitución y violación y la llamarán violación solamente cuando no se les paga, con independencia de la violencia del acto. Es más, muchos estudios, incluyendo el nuestro, han entrevistado a mujeres en el ejercicio de la prostitución. Preguntarles acerca de la violación es como preguntarle a alguien en una zona de combate si se encuentra bajo el fuego enemigo. Cuando planteamos las preguntas fundamentales acerca de la violación sexual en la prostitución hemos de asumir, tanto clínica como estadísticamente, que un porcentaje significativo de mujeres que se prostituyen niega las violaciones y otras formas de violencia, por resultarles demasiado estresante reconocer el grave peligro que corren a manos de padrotes y clientes.

(5) El trabajo bajo condiciones precarias, la servidumbre doméstica y el matrimonio forzoso suelen implicar la explotación sexual o prostitución, además de la explotación laboral.

Los autores expresan su agradecimiento a Steven N. Gold y a Harvey L. Schwartz por sus útiles editar sugerencias.

Traducido del inglés al español por Claudia Patricia Córdoba, traductora e intérprete de inglés, acreditado por el Ministerio de relaciones exteriores de Colombia.

Bibliografía

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Benoit, C. with Millar, A. (2001) Dispelling Myths and Understanding Realities: Working Conditions, Health Status and Exiting Experiences of Sex Workers. Disponible en línea en: <http://web.uvic.ca/~cbenoit/papers/DispMyths.pdf>. Consultado el 17 de julio, 2002.

Bownes, IT; O’Gorman, EC; & Sayers, A. (1991) Assault characteristics and posttraumatic stress disorder in rape victims, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83: 27-30.

Bullough, B. and Bullough. V. (1996) Female Prostitution: Current Research and Changing Interpretations. *Annual Review of Sex Research* 7: 158-180.

Butters, J. & Erickson, PG (2003). Meeting the Health Care Needs of Female Crack Users: a Canadian Example. *Women & Health* 37(3): 1-17.

Campbell, J., Jones, A.S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O’Campo, P., Gielen, A.C., Wynne, C. (2002). *Intimate partner Violence and Physical Health Consequences*. *Arch Intern Med*. 162: 1157-1162. May 27, 2002.

Canada. Royal Commission on Aboriginal Peoples (1996) Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

Cárdenas, S & Rivera, N. (2000) *Renacer: una propuesta para volver a nacer*. Bogotá: Fundación Renacer – Unicef Colombia

Carroll, J.J., and Trull, L. A. (1999) Homeless African American Women's Interpretations of Child Abuse as an Antecedent of Chemical Dependence. Early Child Development and Care 1565: 1-16.

CATW (2002) Coalition Against Trafficking in Women. Disponible en línea en: <http://www.catwinternational.org/> Consultado el 7 de mayo, 2002.

Código Penal y de Procedimiento Penal (2002). Ley 599,600 de 2000. Anotado. Mario Arboleda Vallejo. Editorial Leyer.

Cotton, A, Farley, M and Baron, R (2002). Attitudes toward Prostitution and Acceptance of Rape Myths. Journal of Applied Social Psychology 32 (9): 1790-1796.

DABS (2002) Departamento Administrativo de Bienestar Social. La Prostitución en Escena. Bogotá: Impresos El Verbo

Dalla, R.L. (2000) Exposing the "Pretty Woman" Myth: A Qualitative Examination of the Lives of Female Streetwalking Prostitutes. Journal of Sex Research 37: 344-353.

Davidson, J. O. (1998). Prostitution, Power, and Freedom. University of Michigan Press, Ann Arbor

DeJong, J. (2000). Inability to Work: Impact of Crisis on Refugees and Internally Displaced Persons. Presentation at Emerging Issues in Mental Health and Work, United Nations, New York, October 12, 2000.

DiPaolo, M. (1999) The Impact of Multiple Childhood Trauma on Homeless Runaway Adolescents. New York: Garland.

Dworkin, A. (1997). Prostitution and Male Supremacy in Life and Death 139-151. New York: Free Press.

Ekberg, G.S. (2001) Prostitution and Trafficking: the Legal Situation in Sweden. Paper presented at Journées de formation sur la mondialisation de la prostitution et du trafic sexuel, Association québécoise des organismes de coopération internationale, Montréal, Québec, Canada. March 15, 2001.

Farley, M (2003). Prostitution and the Invisibility of Harm. Women & Therapy 26 (1-4).

Farley, M. (1997). Prostitution, Slavery, and Complex PTSD. Paper presented at 13th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. Montreal, November 8, 1997.

Farley, M., Baral, I., Kiremire, M., & Sezgin, U. (1998). Prostitution in Five Countries: Violence and Posttraumatic Stress Disorder. Feminism & Psychology 8 (4): 415-426.

Farley, M. & Barkan, H (1998). Prostitution, violence and posttraumatic stress disorder. Women & Health 27 (3): 37-49.

Farley, M. & Kelly, V. (2000) Prostitution: a critical review of the medical and social sciences literature. Women & Criminal Justice, 11 (4): 29-64.

Farley, M. and Lynne, J. (2003). Prostitution in Vancouver: Violence and the Colonization of First Nations Women. Fourth World Journal. Disponible en: www.cwis.org/fwj/index.htm.

Farley, M. and Patsalides, B. (2001) Physical symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, and Healthcare Utilization of Women with and without Childhood Physical and Sexual Abuse. Psychological Reports 89:595-606.

Friedman, MJ & Schnurr, PP (1995) The relationship between trauma, post-traumatic stress disorder, and physical health. In MF Friedman, DS Charney, and AY Deutsch (eds.) Neurobiological and clinical consequences of stress: from normal adaptation to PTSD. Philadelphia: Lippincott-Raven.

Fundación Esperanza (2000). Tráfico de niñas. <http://www.fundacionesperanza.org.com>

Fundación Esperanza (1998). Tráfico de Mujeres en Colombia. Bogotá, Colombia.

Fundación Renacer (2000). Entrevista personal con el Doctor Wilson Montano. Director Renacer, Cartagena.

Fundación Renacer (2001). Explotación Sexual Infantil en Colombia. Disponible en línea en: <http://www.fundacionrenacer.org/fundacion-apoyo>

-
- Giobbe, E. (1991). Prostitution, Buying the Right to Rape, in Ann W. Burgess, (ed.) Rape and Sexual Assault III: a Research Handbook. New York: Garland Press p 143-160.
- Giobbe, E. (1993) An Analysis of Individual, Institutional and Cultural Pimping, Michigan Journal of Gender & Law 1:33-57.
- Giobbe, E., Harrigan, M., Ryan, J., Gamache, D. (1990). Prostitution: A Matter of Violence against Women. WHISPER, Minneapolis, MN.
- Gossop, M. Powis, B. Griffiths, P., and Stang, J. (1994). Sexual behavior and its relationship to drug-taking among prostitutes in south London. Addiction 8: 961-970.
- Gysels, M., Pool, R., Nnulasiba, B. (2002). Women who sell sex in a Ugandan trading town: life histories, survival strategies and risk. Social Science & Medicine 54: 179-192.
- Hoigard, C. & Finstad, L. (1986). Backstreets: Prostitution, Money and Love. Pennsylvania State University Press, University Park, PA.
- Holsopple, K. (1998) Strip clubs According to Strippers: Exposing Workplace Sexual Violence. Unpublished paper, Disponible en línea en: <http://www.catwinternational.org/stripcl.htm>
- Houskamp, B. M., & Foy, D. W. (1991). The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women. Journal of Interpersonal Violence, 6, 367-375.
- Hunter, S. K. (1994) Prostitution is cruelty and abuse to women and children. Michigan Journal of Gender and Law 1: 1-14.
- ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2000). Sistema de Información ICBF <http://www.icbf.gov.co/espanol/estadisticas.asp>
- ICBF – UNESCO & Universidad Externado (1997). Plan de acción en Favor de los Derechos de la Infancia Explotada Sexualmente y Contra la Explotación Sexual. Bogotá.
- Jeffreys, S. (1997) The Idea of Prostitution. North Melbourne, Victoria: Spinifex Press.
- Kendall, C.N. & Funk, R E. (2003). Gay Male Pornography's "Actors": When "Fantasy" Isn't. En M. Farley (ed.) Prostitution, Trafficking & Traumatic Stress. New York: Routledge.
- Kemp, A., Rawlings, E., & Green, B. (1991). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in battered women: a shelter sample. Journal of Traumatic Stress, 4,137-147.
- Kramer, L. (2003). Emotional Experiences of Performing Prostitution. En M. Farley (ed.) Prostitution, Violence & Traumatic Stress. New York: Routledge.
- Lange, W.R., Ball, J.C., Pfeiffer, M.B., Snyder, F.R., & Cone, E.J. (1989) The Lexington addicts, 1971-1972: Demographic characteristics drug use patterns, and selected infectious disease experience. The International Journal of the Addictions, 24(7): 609-626.
- Leech, G.M. (2001). Young Women Struggle to survive in War-torn Colombia. Colombia Report, jun 11.
- Lewis, Jacqueline (1998). "Lap dancing: Personal and Legal Implications for Exotic Dancers" in Elias, JA, Bullough, VL, Elias, V, Brewer, G (1998) (editors) Prostitution: On Whores, Hustlers, and Johns.p 376-389. Amherst, NY: Prometheus Books.
- Lim, L. L (ed) 1998. The Sex Sector: The economic and social bases of prostitution in Southeast Asia. International Labor Organization, Geneva.
- Lyons, H. (1999). Foreward to Counts, D, Brown, J and Campbell, J. (eds) To Have and To Hit: Cultural Perspectives on Wife Beating p vii-xii. University of Illinois Press, Chicago.
- Mansson, S.A. (2001) Men's Practices in Prostitution: the case of Sweden. In B. Pease and K. Pringle (eds.) A Man's World? Changing Men's Practices in a Globalized World p135-149. New York: Zed Books.
- Marsella, A.J. (1997). Migration, poverty, and ethnocultural diversity: A global perspective on immigrant and refugee adaptation. Scandinavian Journal of Work, Health, and Environment, 23, 28-46.

Medrano, M.A., Hatch, J.P., Zule, W.A. & Desmond, D.P. (2003). Childhood Trauma and Adult Prostitution Behavior in a Multiethnic Heterosexual Drug-Using Population. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 29(2): 463-486.

McNutt, LA, Carlson, BE, Persaud, M and Posmus, J (2002) Cumulative Abuse Experiences, Physical Health, and Health Behaviors. *Ann Epidemiol* 12:123-130.

Miller, J. (1995) Gender and Power on the Streets: Street Prostitution in the Era of Crack Cocaine. *Journal of Contemporary Ethnography* 23(4): 427-452.

Ministry of Labour in cooperation with the Ministry of Justice and the Ministry of Health and Social Affairs, Government of Sweden.(1998). Fact Sheet. Secretariat for Information and Communication, Ministry of Labour. Tel +46-8-4051155, Fax +46-8-4051298 Artiklnr, A98.004 page 3-4. Disponible en:

<http://www.prostitutionresearch.com/swedish.html>

Morgan, M & M. M. A. Buitrago. (1992). Constitution-making in a time of cholera: Women in the 1991 Colombian Constitution. *Yale Journal of Law and Feminism*, 4,353-413.

Morse, DSSuchman, AL, Frankel, RM (1997) The Meaning of Symptoms in 10 Women with Somatization Disorder and a History of Childhood Abuse. *Arch Fam Med*: 6: 468-476.

Motta, C.; Jaramillo, C.; Perafan, B. & Roa, M. (1998). Observatorio Legal de la Mujer: El Legado de la Constitución. Bogotá: Estudios Ocasionales. CIJUS.

NCMEC (1992). National Center for Missing and Exploited Children & Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, US. Department of Justice. Female Juvenile Prostitution: Problem and Response.

Parriott R. (1994). Health Experiences of Twin Cities Women Used In Prostitution. Unpublished survey initiated by WHISPER, Minneapolis, MN.

Patterson, O. (1982). Slavery and Social Death. Cambridge: Harvard University Press.

Pick, W.M., Ross, M.H., Dada, Y. (2002) The reproductive and occupational health of women street vendors in Johannesburg, South Africa. *Social Science & Medicine* 54:193-204.

Raphael, J. and Shapiro, D.L. (2002) Sisters Speak Out: The Lives and Needs of Prostituted Women in Chicago. Chicago, Illinois: Center for Impact Research.

Ramsay, R; Gorst-Unsworth, C & Turner, S. (1993) Psychiatric morbidity in survivors of organised state violence including torture. A retrospective series. *British Journal of Psychiatry*, 162:55-59.

Raymond, JG, Hughes, DM and Gomez, CJ (2001). Sex Trafficking of Women in the United States: International and Domestic Trends. Resumen en línea;

<https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/187774.pdf>

Raymond, J.G., D’Cunha, J., Dzuhayatin, S.R., Hynes, H.P., Rodriguez, Z.R., and Santos, A. (2002) A Comparative Study of Women Trafficked in the Migration Process.

<http://www.catwinternational.org/Content/Images/Article/96/attachment.pdf>

Reilly, C. (2001) Girl power is Africa's own vaccine for HIV: Special report: AIDS. *The Guardian*. London Tuesday June 26, 2001.

Richard, A. O. (2000). International Trafficking in Women to the United States: A Contemporary Manifestation of Slavery and Organized Crime, DCI Report, United States Department of State.

Rodríguez, L.F. & Cabrera, O. (1991). La Prostitución en el centro de Bogotá: censo de establecimientos y personas, análisis socioeconómico. Bogotá: Cámara de Comercio

Romero-Daza, N., Weeks, M., Singer, M. (1998) Much More Than HIV! The Reality of Life on the Streets for Drug-using Sex Workers in Inner City Hartford. *International Quarterly of Community Health Education* 18: 107-118.

Ross, C.A., Farley, M., and Schwartz, H.L. (2003) Dissociation among Women in Prostitution. In M. Farley (ed.) *Prostitution, Trafficking & Traumatic Stress*. New York: Routledge.

Rubenstein, S. (1998) Viagra and the Working Girl: At Nevada's Mustang Ranch It's Been Pleasure As Usual. San Francisco Chronicle. July 14, 1998.

Ryser, R. (1995) Collapsing States and Re-emerging Nations: the Rise of State Terror; Terrorism, and Crime as Politics. In Fourth World Geopolitical Reader I: International Relations and Political Geography between Nations and States . R.C. Ryser and R.A. Griggs (eds.) Center for World Indigenous Studies p 1-8.Olympia, WA: DayKeeper Press.

Salgado, X, (2002). "Victim Assistance & Sexual Assault Program, Montgomery County, Maryland, VASAP. Presentation at Seminar on Human Trafficking, Jan 11 2002, Falls Church Virginia.

Sanders-Phillips, K. (2002) Factors Influencing HIV/AIDS in Women of Color. Public Health Reports. 117(S1): S151-S156.

Schmidt, M., Cotton, A & Farley, M. (2000) Attitudes toward prostitution and self-reported sexual violence. Presentation at the 16th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, Texas, November 18, 2000.

Schwartz, H. (2000). Dialogues with forgotten voices: Relational perspectives on child abuse trauma and treatment of dissociative disorders. New York: Basic Books.

Scully, E. (2001) Pre-Cold War Traffic in Sexual Labor and Its Foes: Some Contemporary Lessons 74-106. In D. Kyle and R. Koslowski (eds.) Global Human Smuggling: Comparative Perspectives. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Seitles, M. D. (1997). Effect of the convention on the rights of the child upon street children in Latin America: A study of Brazil, Colombia and Guatemala. In the Public Interest 16. 159-193.

Silbert, M. H., & Pines, A. M. (1981). Sexual child abuse as an antecedent to prostitution. Child Abuse and Neglect, 5,407-411.

Silbert, M. H., & Pines, A. M. (1983). Early sexual exploitation as an influence in prostitution. Social Work, 28:285-289.

Silbert, M.H. and Pines, A.M. (1984). Pornography and sexual abuse of women. Sex Roles, 10: 857 - 868.

Silbert, M.H. & Pines, A. M. (1982). Victimization of street prostitutes. Victimology 7 (1-4): 122-133

South African Press Association online, August 13 2001, http://news.24.com/News24/Health/Aids_Focus/0,1113,2-14-659_1065314,00.html

Spiwak, F & Reyes, M. E. (1999). Estudio sobre Prostitución en Colombia: Trauma Tortura y Cautiverio. Unpublished manuscript.

Stark, C. and Hodgson, C. (2003) Sister Oppressions: A Comparison of Wife Battering and Prostitution. In M Farley (ed.) Prostitution, Trafficking & Traumatic Stress. New York: Routledge.

UNICEF. (2000). United Nations Reports on Abuses of Children in Colombia.

UNICEF COLOMBIA (2001). Colombia-Children Unicef: up to 35.000 Children Practice Prostitution in Colombia. EFE News Service, Jan 27, 2001.

UNICEF (2001). The convention on the rights of the child.

US Report of trafficking in persons. Embajada de los Estados Unidos. (2001). Tráfico de Personas en Colombia. <http://www.usembassy.state.gov/colombia>

Valera, R. J, Sawyer, R.G, Schiraldi, GR (2001). Perceived Health Needs of Inner-City Street Prostitutes: A preliminary study. Am J Health Behavior 25: 50-59.

Van der Kolk, B. A., MacFarlane, A.C., & Weisaeth, L. (1996). Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York: Guilford Press.

Vancouver/Richmond Health Board (1999) Healing Ways Aboriginal Health and Service Review. Vancouver: Vancouver Richmond Health Board..

Vanwesenbeeck I. (1994). Prostitutes' Well-Being and Risk. Amsterdam: VU University Press;

Vanwesenbeeck I., de Graaf, R., van Zessen, G., Straver, C.J. & Visser, J.H. (1995). Professional HIV risk taking, levels of victimization, and well-being in female prostitutes in the Netherlands. Archives of Sexual Behavior 24(5): 503-515

White, J.W. & Koss, M.P. (1993). Adolescent sexual aggression within heterosexual relationships: prevalence, characteristics, and causes. In H.E. Barbaree, W.L. Marshall and D. R. Laws.(eds.) The Juvenile Sex Offender. Guilford Press, New York.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the 9th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, October 24-27, 1993, San Antonio, Texas.

Winick, C. & Kinsie, P. (1971). The Lively Commerce: prostitution in the United States, Quadrangle books, Chicago.

World Health Organization (1998) Report on the global HIV/AIDS Epidemic June 1998, WHO online website <http://www.who.org>

Worth, D. (1989) Sexual decision-making and AIDS: why condom promotion among vulnerable women is likely to fail. Studies in Family Planning. 20: 297-307.

Zessen, G., Straver, C.J. & Visser, J.H. (1995). Professional HIV risk taking, levels of victimization, and well-being in female prostitutes in the Netherlands. Archives of Sexual Behavior 24(5): 503-515.

Zumbeck, S., Teegen, F., Dahme, B & Farley, M. (2003). Post-traumatische Belastungsstörung bei Prostituierten- Ergebnisse einer Hamburger Studie im Rahmen eines internationalen Projektes. Zeitschrift für Klinische Psychologie Psychiatrie und Psychotherapie 51 (2): 121-136.