



UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LA
SALUD DE LAS TRABAJADORAS
SEXUALES. LAMBAYEQUE, 2015**

TESIS

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

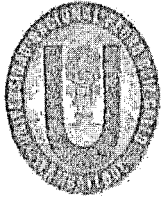
AUTORAS:

**CUBAS GAMARRA JESSICA MARLENY
GÓMEZ OJEDA ARACELLY LISBETH
MEDINA SANTA CRUZ MARIA DEL CARMEN**

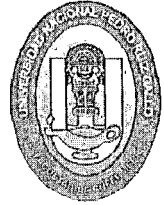
ASESORA:

MG. MARIA LUCIA CHANAME CARRETERO

**LAMBAYEQUE – PERÚ
2015**



UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LA SALUD DE LAS
TRABAJADORAS SEXUALES. LAMBAYEQUE, 2015.**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

CUBAS GAMARRA JESSICA MARLENY

GÓMEZ OJEDA ARACELLY LISBETH

MEDINA SANTA CRUZ MARIA DEL CARMEN

ASESORA:

MG. MARIA LUCIA CHANAME CARRETERO

LAMBAYEQUE, 2015.

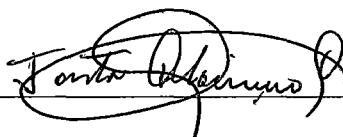
**Prácticas de Autocuidado en la Salud de las Trabajadoras Sexuales.
Lambayeque, 2015.**

Tesis aprobada por los miembros del jurado:



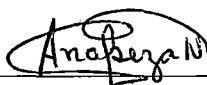
Lic. Enf. Mendoza Vera Gloria

PRESIDENTA



Dra. Enf. Palomino Quiroz Jovita

SECRETARIA



Mg. Deza Navarrete Ana

VOCAL



Mg. María Lucia Chanamé Carretero

ASESORA

DEDICATORIA

A Dios, quien nos dio la vida y la fuerza espiritual para llevar a cabo este trabajo de investigación, seguir dándonos las fuerzas necesarias para desarrollar nuestras capacidades y todo con perseverancia, esfuerzo y paciencia.

A nuestros padres, por su apoyo incondicional; ellos que con sabiduría y sus enseñanzas han sido precursores de nuestra formación y son la guía permanente para seguir luchando por nuestro futuro.

AUTORAS

AGRADECIMIENTO

A las trabajadoras sexuales que participaron en esta investigación, quienes permitieron ser entrevistadas de forma altruista; dedicando su tiempo, paciencia y amabilidad; compartiendo sus sentimientos y experiencias más íntimas; sin ellas este trabajo no hubiera tenido razón de ser.

A los miembros del jurado que han tenido la ardua labor de llevar a cabo todo el proceso de evaluación de nuestra investigación para que el resultado sea satisfactorio.

RESUMEN

Las prácticas de autocuidado son un aspecto importante dentro de la sexualidad humana, constituyendo un mecanismo complejo de aprendizaje de conductas tendentes a mantener al organismo en estado de salud. El problema de investigación fue: ¿Cómo son las prácticas de autocuidado de la salud de las trabajadoras sexuales, Lambayeque 2015?; a través de la Investigación Cualitativa, con el abordaje metodológico de estudio de caso, el objetivo fue: Analizar y comprender las prácticas de autocuidado de la salud de las trabajadoras sexuales. Con una muestra de 07 trabajadoras sexuales, por saturación y redundancia. Se recolectó la información mediante la entrevista abierta a profundidad utilizando la metodología de estudio de caso obteniéndose las siguientes categorías: Satisfacción parcial de las necesidades básicas; Protegiendo su salud de infecciones; Buscan mantener lazos afectivos y evitan la exposición personal y familiar; Tratan de fortalecer su autoestima para afrontar la estigmatización social y Buscando una proyección a futuro. Los principios bioéticos que guiaron la investigación fueron: respeto a la dignidad humana, beneficencia y justicia, las conclusiones obtenidas fueron: Inadecuada satisfacción de necesidades básicas, insuficientes prácticas de autocuidado para evitar infecciones, evitan la exposición para no ser reconocidas y enfrentar un rechazo estigmatizante, forman un autoconcepto de minusvalía pues solo se limitan a desarrollar lazos amicales con personas de su mismo entorno y en cuanto a su

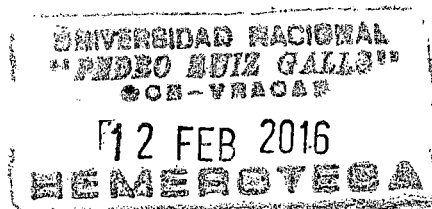
autorrealización algunas buscan una proyección a futuro mientras que otras deciden permanecer en ella.

Palabras claves: Autocuidado, Prácticas de autocuidado y trabajadoras sexuales.

ABSTRACT

Self-care practices are an important aspect of human sexuality, constituting a learning complex behaviors designed to keep the body in health mechanism. The research question was: How are the practices of self-care for sex workers, Lambayeque 2015? Through qualitative research, the methodological approach of case study, the aim was to: Analyze and understand the practices of self-care for sex workers. With a sample of 07 sex workers, saturation and redundancy. The information was collected through interviews using open-depth discussion for the case study and obtained the following categories: Partial satisfaction of basic needs , they try to protect their health from infections, seek to maintain bond and avoid personal and family exposure , try to strengthen their self-esteem to face the social stigma and Finding a future projection . Bioethical principles that guided the research were : autonomy , beneficence and justice , the conclusions were: inadequate provision of basic needs , inadequate self-care practices to prevent infection , avoid exposure to avoid being recognized and face rejection stigmatizing form a self-concept disability as only limited to developing ties with people amicales same environment and tell yourself some seek a future projection while others choose to remain in it.

Keywords: Self-care, self-care practices and sex workers.



INDICE

DEDICATORIA	-----	
AGRADECIMIENTO	-----	
RESUMEN	-----	
ABSTRACT	-----	
CAPITULO I	-----	
INTRODUCCIÓN	-----	12
CAPITULO II	-----	21
MARCO TEÓRICO	-----	22
2.1. ANTECEDENTES DE PROBLEMA	-----	22
2.2. BASE TEÓRICA CONCEPTUAL	-----	23
CAPITULO III	-----	32
MATERIALES Y MÉTODOS	-----	33
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	-----	33
3.2. ABORDAJE O ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	-----	33
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	-----	37
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	-----	37
3.5. ANÁLISIS DE LOS DATOS	-----	38
3.6. RIGOR CIENTÍFICO	-----	38
3.7. PRINCIPIOS BIOÉTICOS	-----	40
CAPITULO IV	-----	41
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	-----	43
CAPITULO V	-----	73
CONSIDERACIONES FINALES	-----	74
RECOMENDACIONES	-----	764
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	-----	75
ANEXOS	-----	80

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

A través de la historia de la humanidad, el trabajo sexual ha constituido un fenómeno social, es decir desde la aparición del hombre en sociedad, denominándosele “el oficio más antiguo del mundo”, ya que se veía desde un plano de intercambio de placer por dinero. En este oficio las mujeres se exponían a los abusos físicos y psicológicos, por parte de los clientes, los cuales eran habituales. Además se registra en la historia Romana que el exceso de prácticas sexuales provocaba graves infecciones, sobre todo del tracto urinario, así como lesiones vaginales y anales, ya que según la historia ofrecían sus servicios en lugares públicos en mal estado, y no se tomaba en cuenta el autocuidado tanto de la trabajadora sexual como del cliente¹.

El autocuidado se refiere a la capacidad que tienen las personas de crear situaciones compatibles con la autopreservación y con la autoprotección de la salud y a la inversa de generar situaciones de riesgo, este suele sustentarse en dos grandes pilares, por un lado, el deseo propio del individuo de oponerse a todo aquello que llega como indicación de un mundo adulto autoritario y lejano, y por otro lado el deseo de formar parte de un grupo, con sus propios códigos, reglas y obviamente conductas de riesgo².

Así mismo uno de los grandes desafíos que enfrenta el profesional de enfermería, es satisfacer las necesidades de enseñanza para el fomento del autocuidado y así reducir conductas en el individuo, que afecten su desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar. Teniendo como grupo más vulnerable a las trabajadoras sexuales, que a nivel mundial se viene trabajando, para brindarles un mejor servicio de salud².

Las trabajadoras sexuales dicen tener un promedio de 10 u 15 servicios diarios de prostitución³; sin embargo durante la visita a estos lugares se observa que el número de clientes atendidos oscilan de 10 a 12 por día. Esas prácticas tienen características específicas una de la más sobresalientes es que las mujeres que ofrecen sus servicios sexuales son jóvenes, comprendidas entre las edades de 19-25 años que corresponden a la etapa de vida adulto joven.

Un estudio realizado en el Perú por la Universidad Cayetano Heredia, estima que 55 mil mujeres “alquilan” su cuerpo. Cerca de 10 mil trabajarían en la capital. La mayoría de trabajadoras sexuales en Lima se inicia entre los 20 y 24 años. Existiendo también un porcentaje que ingresa a este peligroso mundo a los 14 o 15 años³.

Los derechos sexuales y reproductivos “garantizan la convivencia y la armonía sexual entre hombres y mujeres, asegurando que la sexualidad y la reproducción se ejerzan con libertad, respetando la dignidad de las personas,

permitiéndoles al ser humano el disfrute de una sexualidad segura, placentera y con el menor riesgo posible de sufrir complicaciones⁴”, fomentando su autocuidado; sin embargo esto no se viene dando adecuadamente en este oficio sexual, y como resultado se da un porcentaje de 45% de infecciones de transmisión sexual, tal y como lo refieren las mujeres trabajadoras sexuales: dolor en zona de la pelvis, flujos anormales en la vagina con o sin olor, ardor al orinar, dolor durante las relaciones sexuales; a la vez los embarazos no deseados, VIH/SIDA y ETS⁵.

El comportamiento del VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el Perú es el de una epidemia concentrada, así desde el primer caso diagnosticado de SIDA en el Perú en el año 1983 hasta el 31 de diciembre de 2013, se han reportado 30 mil 465 casos de SIDA y 51 mil 894 casos notificados de VIH pero se estima que más de 100 mil personas estarían viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana hasta el año 2040. La magnitud del problema, la rápida propagación del VIH/SIDA, la inexistencia de cura para la enfermedad y la relación entre ITS y VIH confirman la importancia de analizar y comprender las prácticas de autocuidado en la salud de las trabajadoras sexuales⁶.

Según estudios hechos por el INEI, las mujeres que tuvieron una ITS, en mayor porcentaje encontramos, que consultaron a un médico, del quintil superior de riqueza (79,1%), seguido de las mujeres con educación superior (75,3%) y

entre 40 y 49 años de edad (71,9%) y por área de residencia fue mayor en el área urbana 69,9%. Al curandero fueron, mayormente, mujeres con educación primaria (14,3%), y del quintil inferior de riqueza (12,6%). A la farmacia/botica acudieron más las mujeres del segundo quintil y quintil intermedio de riqueza (29,6% y 28,8%, respectivamente), de 20 a 24 años de edad (29,3%) y con educación primaria (28,4%)⁶.

El conocimiento sobre las ITS se mantuvo en 62,0% entre el año 2009 y 2013, pero si consideramos que el 38,0% de las mujeres entrevistadas declaró desconocer lo que éstas significan, entonces se debe reconocer que existe un grave problema por las importantes implicancias económicas y sociales que su alta morbilidad representa. Que más de la tercera parte de la población entrevistada no conozca de las ITS, ni la práctica de autocuidado frente a conductas sexuales inadecuadas, un riesgo potencial de adquirirlas, y esto incluye la posibilidad de padecer secuelas y complicaciones importantes de no atenderlas a tiempo⁶.

Así mismo en el informe final de mapeo y encuesta sociodemográfica del trabajo sexual en cuatro ciudades del Perú en el 2009 (Pucallpa, Piura Huancayo y Arequipa), se evidencia, que las trabajadoras sexuales tienen edades comprendida entre los 24 a 27 años y valores mínimos y máximos similares. En referencia al grado de instrucción, la mayoría de la población presenta estudios secundarios incompletos, seguido de los que presentan estudios secundarios completos y los que solo completaron estudios primarios⁷.

Según el Ministerio de Salud - dirección general de epidemiología situación del VIH/SIDA, el departamento de Lambayeque ocupa el lugar N° 7 en el país respecto al número de casos de SIDA acumulados para el periodo 1983-2012. Se ha notificado al sistema de vigilancia epidemiológica hasta diciembre de 2012: 611 casos de SIDA y 1607 casos de VIH. Respecto a los casos de SIDA, el 87.7% procede de la provincia de Chiclayo, el 6.2% de Ferrenafe y el 6.1% de Lambayeque. Respecto a los casos de VIH, el 82.2% procede de Chiclayo, el 9.6% de Ferrenafe y el 8.2% de Lambayeque⁸.

Así mismo la Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de ITS, VIH y SIDA (ESNPyc ITS-VIH/SIDA) informó que durante el año 2012 se han atendido a más de 26 mil pacientes trabajadoras sexuales, de los cuales el 92% eran trabajadoras sexuales mujeres. Respecto a la sostenibilidad de las atenciones brindadas, entre los años 2008 y 2012 se ha venido desarrollado el proceso de descentralización del presupuesto para la contratación de promotor educador de pares (PEPs) con presupuesto por resultados (PPR) a nivel regional, debiendo esta actividad ser programada y ejecutada por las direcciones regionales de salud, que presentaron limitaciones presupuestales y administrativas para su ejecución y sostenibilidad en algunas regiones⁸.

Frente a esto surge la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo son las prácticas de autocuidado en la salud de las trabajadoras sexuales. Lambayeque, 2015?

Los objetivos que se plantearon fueron: Analizar y comprender las prácticas de autocuidado de la salud de las trabajadoras sexuales.

El trabajo de investigación se justifica porque permite comprender el alcance de las prácticas de autocuidado en las trabajadoras sexuales para su bienestar holístico y sobre ellas se diseñará estrategias de prevención y promoción de su salud, debido a que la enfermera se encarga de promover el autocuidado de la salud en las trabajadoras sexuales, donde la problemática que enfrenta este grupo vulnerable es la propagación de las infecciones de transmisión sexual, enfermedades del VIH-SIDA, de otros como el virus de Hepatitis B y el virus de Hepatitis C, etc. Por lo que resulta significativo el apoyo en el educar sobre las prácticas de autocuidado de la salud en las trabadoras sexuales, ya que constituye la piedra angular de políticas sanitarias sobre índices de control sanitario.

La educación sanitaria, basada en estudios sobre el autocuidado de la salud, dirigida a las trabajadoras sexuales, constituye una fuente de respaldo y apoyo a ese grupo vulnerable que socialmente es todavía aislado por un tema cultural.

Por tanto posicionarse ante la educación sobre el autocuidado de salud que ejercen las trabajadoras sexuales, permitirá tratarlas como un recurso importante e indispensable del sistema sanitario, que permita afrontar el número de casos de personas con ITS, entre otros que se encuentran en incremento⁸.

En el presente estudio se enfatiza el autocuidado de la salud de las trabajadoras sexuales; en tanto los resultados, servirán de reflexión a los profesionales de enfermería sobre la problemática de las trabajadoras sexuales y de esta manera fortalecer el campo del conocimiento del autocuidado de la salud.

Así mismo servirá como marco teórico e insumo para otras investigaciones que deseen ampliar la investigación referente a las prácticas de autocuidado de la salud de las trabajadoras sexuales, debido a que no se cuenta con investigaciones previas en nuestra localidad.

Esta investigación se realizó en trabajadoras sexuales en los diferentes escenarios que realizan su trabajo ya sea en la calle o en un local; los resultados del presente trabajo tuvieron como propósito el analizar y comprender las prácticas de autocuidado de la salud de las trabajadoras.

El informe de investigación está estructurado de la siguiente manera:

CAPITULO I: Introducción, que contiene el problema, objetivos e importancia que constituye el Marco Lógico de la investigación.

CAPITULO II: Marco Teórico-Conceptual, contiene la información en la que se fundamenta la investigación.

CAPÍTULO III: Materiales y Métodos, señala el tipo de investigación, abordaje o enfoque de la Investigación, población y muestra, así como las técnicas e instrumentos utilizados en la recolección de datos, teniendo en cuenta los principios éticos, y el rigor científico con la que se desarrolló la investigación.

CAPÍTULO IV: se presentan los resultados y discusión de las categorías con sus respectivas subcategorías

Resultados, en forma de categorías y subcategorías y la Discusión, donde se analizan temáticamente los discursos brindados por los sujetos de investigación en este caso de las trabajadoras sexuales, siendo analizadas e interpretadas con ayuda del marco teórico.

El capítulo V se presenta las consideraciones finales y recomendaciones

El capítulo VI se presenta las referencias utilizadas en la investigación y los anexos que contienen la entrevista y el consentimiento informado.

Revisa si les parece

Conclusiones, que constituyen generalizaciones científicas teóricas y están relacionadas con el análisis y discusión de los resultados.

CAPITULO VI: Recomendaciones, las cuales están estrechamente relacionadas con las conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS;

ANEXOS; que contienen el consentimiento informado y la entrevista abierta a profundidad dirigida a los sujetos de investigación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de Problema

Antecedentes Internacionales

Bustos S; Iglesias Q; Aguayo G y Kishimoto G (2010). Realizaron una investigación titulada: Prácticas Sexuales en Trabajadoras Sexuales del Área Rural del Occidente de México, cuyo objetivo fue: Identificar las prácticas de salud sexuales en trabajadoras sexuales en el área rural occidental de México. Las conclusiones a las que llegaron fueron: En el estudio actual las trabajadoras sexuales reportaron, como la practica sanitaria más común es un alto nivel de uso del condón en sus encuentros concluyendo que los preservativos funcionan tanto como una barrera psicológica entre la trabajadora y el cliente, y que los condones representan una separación entre sus relaciones sexuales privadas y públicas⁹.

Adalgiza A; Canaval E (2005). Realizaron una investigación titulada: Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud, cuyo objetivo fue: Comprender aspectos de la vida de las trabajadoras sexuales que influyen en la utilización de los servicios de salud y aportar elementos que orienten el direccionamiento y organización en la oferta de los servicios de salud. Las conclusiones a las que llegaron fueron: A las mujeres trabajadoras sexuales se las estigmatiza por ejercer este oficio, lo que influye en el acceso a los servicios de salud, en las prácticas de autocuidado y en su salud mental¹⁰.

Antecedentes Nacionales

Araujo S; Coronel F; Suclupe S; Torres C. y Farro G (2010) Realizaron una investigación titulada: Efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimientos sobre prácticas sanitarias en trabajadoras sexuales. Lima, cuyo objetivo fue: Determinar la efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimientos sobre prácticas sanitarias en trabajadoras sexuales. Las conclusiones a las que llegaron fueron: La intervención educativa sobre prácticas sanitarias incrementó el nivel de conocimientos e influyó en el cambio de sus conductas a favor de la salud¹¹.

Antecedentes Locales

No se encontraron antecedentes locales.

2.2. Base Teórica Conceptual

El autocuidado es un aspecto sumamente importante dentro de la sexualidad humana; el cual es necesario para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y el desarrollo humano¹².

El autocuidado se refiere a la capacidad que tienen las personas de crear situaciones compatibles con la autopreservación y con la autoprotección de la salud y a la inversa de generar situaciones de riesgo, este suele sustentarse en tres

grandes pilares, por un lado, el deseo propio del individuo de oponerse a todo aquello que llega como indicación de un mundo adulto autoritario y lejano, y por otro lado el deseo de formar parte de un grupo, con sus propios códigos, reglas y obviamente conductas de riesgo y asegurar su autocuidado¹².

Para las investigadoras el autocuidado son aquellas acciones que tienen las trabajadoras sexuales para mantener en equilibrio su salud asegurando prácticas de vida saludable, así poder potenciar y proteger sus necesidades de manera holística.

En la presente investigación el autocuidado es un mecanismo complejo de aprendizaje de diferentes conductas, tendientes a internalizar y concientizar a las trabajadoras sexuales a que mantengan su organismo en estado de salud previniendo enfermedades y para ello se plantea cinco dimensiones del autocuidado:

La primera la capacidad de autocuidado: la capacidad de autocuidado conlleva un equilibrio entre aquellas acciones de protección y fomento de conocimientos, actitudes y conductas saludables¹³.

La segunda son los estilos de vida saludable: La promoción de estilos de vida saludable tienden fundamentalmente a un cambio de hábitos ó a la formación de hábitos que respondan a este principio¹³.

La tercera es el apoyo mutuo: El apoyo mutuo, se refuerza la necesidad de reconocerse como parte de un grupo y sentirse apoyado por el entorno¹³.

La cuarta es la protección del ambiente: La protección del ambiente está referido en particular al ambiente en el que se desenvuelve la persona¹³.

Y la quinta dimensión es la participación: la participación referida a los cambios de hábitos y de la adquisición de conductas saludable¹³.

Dorotea Orem define al auto cuidado como “Una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida o bienestar”¹⁴.

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcionales y del desarrollo¹⁵.

Los conceptos incluidos dentro del autocuidado son: Cuidado dependiente: se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores

relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.

En el auto cuidado para Dorotea Orem existen¹⁵:

Requisitos de autocuidado universales: los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente, tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital.

Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños: el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, el mantenimiento de un aporte suficiente de agua, la provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación, el mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso, el mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad, la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, la promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal¹⁵.

Requisitos de autocuidado de desarrollo, se han identificado tres requisitos: Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo, implicación en el

autodesarrollo, prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.

Las prácticas cambian de acuerdo con las circunstancias que rodean a las personas; para entender la evolución de las prácticas de autocuidado se requiere revisar algunos ejemplos de cómo se han presentado a través del tiempo, y como se han ido acumulado en la sociedad, conformando un patrimonio de ritos, creencias, actitudes, representaciones, prácticas y conocimientos, hasta llegar a nuestros días; algunas de ellas intactas y otras modificadas¹⁵.

Determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen.

De esta manera se concluye que el autocuidado es la práctica de actividades que las personas realizan en beneficio propio para conservar la vida, la salud y el bienestar, teniendo la doble connotación de “para uno mismo” y “dado por uno mismo”¹⁵.

Para las investigadoras las prácticas de auto cuidado son las actividades que las trabajadoras sexuales inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar.

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social¹⁶.

Se reconoce el ejercicio de la sexualidad humana como medio de disfrute, goce, amor y afecto característico de la especie humana. Es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales¹⁶.

Dentro de los problemas sociales con respecto al desarrollo sexual del ser humano corresponde a la prostitución que es una actividad que aparece en casi todas las culturas de la antigüedad; es decir nació con el hombre en sociedad, denominándosele “el oficio más antiguo del mundo”. Su concepción ha sufrido varios cambios que resultan explicables si se toma en cuenta su desarrollo en los diversos países conforme a su cultura y civilización¹⁷.

Es un fenómeno social que puede manifestarse desde diferentes ángulos: la prostitución hospitalaria, donde el jefe de familia ofrece las mujeres de la casa de huésped; la prostitución sagrada, practicada por los templos y muy común entre babilonios, sirios y fenicios; la prostitución civil instaurada por primera vez por Solón en Grecia, donde fue reglamentada y censurada¹⁷.

Las trabajadoras sexuales son mujeres públicas que son consideradas como un grupo marginal dentro de la sociedad, sin embargo sus servicios son muy requeridos por una gran cantidad de personas de todos los niveles sociales y de ambos géneros¹⁸.

Para nuestra investigación las trabajadoras sexuales son aquellas mujeres que ofrecen servicios sexuales a la sociedad de manera independientes, comprendidas entre las edades de 19 – 25 años.

Se pueden agrupar en grupos específicos: como las hetairas o cortesanas originadas en la antigua Grecia; ellas eran mujeres libres o libertas educadas en la elegancia y complacencia además de tener cierta formación intelectual lo cual les permitía dar a sus amantes un trato ameno y placentero, también sabían bailar, cantar y tocar algún instrumento musical, por todo esto gozaban de cierto prestigio social. Sus visitantes mantenían con ellas una relación permanente y estable por lo cual las consideraban como amantes y recibían de ellos por sus servicios dinero o varios tipos de regalos; éstos hombres no sólo buscaban saciar el deseo sexual,

sino también satisfacer un tipo de placer basado en la intelectualidad, un placer erudito¹⁹.

El segundo grupo está compuesto por las bailarinas eróticas; las cuales se acompañan por movimientos sensuales y provocativos de los brazos, cuerpos y caderas de las bailarinas; sus servicios eran solicitados para amenizar una cena o como uno de los cuadros principales en las comissationes, fiestas con música y danza. Además desarrollaban como actividad paralela o secundaria la profesión de la prostitución obteniendo por ello doble paga, tanto por sus aptitudes hacia el baile y el canto como por sus capacidades para saciar el deseo sexual¹⁹.

El tercer grupo abarcaría a las jóvenes y mujeres que trabajaban en las tabernas; estas muchachas, casi en su totalidad de condición esclava, se encargaban de servir los platos de comida caliente y las bebidas frías o calientes solicitadas por los clientes habituales u ocasionales de estos negocios de comida rápida pero, a su vez, ofrecían a los diversos visitantes a instancias de sus dueños otro tipo de servicio paralelo a la venta de comida y bebida, la venta de sexo por dinero, de esta manera integraban el grupo más amplio de jóvenes y mujeres que ejercían la profesión de la prostitución¹⁹.

El cuarto grupo correspondía a las prostitutas que desempeñaban su ocupación dentro de los *burdeles*, prostíbulos o casas baños; entre estas jóvenes y mujeres las categorías sociales predominantes eran la de esclavas, pero también

había libertas y libres pobres, por lo cual debían trabajar en exclusividad para su dueño o para el proxeneta a cargo de la casa del placer, él organizaba la actividad recibiendo parte o el total del dinero obtenido¹⁹.

El quinto y último grupo estaba constituido por las ramera o *prostitutas callejeras*, aquellas jóvenes y mujeres quienes vendían su cuerpo por las calles y pasajes de las ciudades y puertos romanos¹⁹.

En la investigación se tomó en cuenta aquellas trabajadoras sexuales que desarrollan su oficio dentro de un burdel y también en las calles.

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de Investigación

El tipo de investigación fue de enfoque cualitativo que permitió realizar el análisis y discusión; por lo que se realizó un análisis y descripción detallada de la situación real de las trabajadoras sexuales relacionado con sus prácticas de autocuidado, las participantes nos expresaron sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones que viven a diario, esto se realizó a través de una entrevista abierta a profundidad²⁰.

3.2. Abordaje o Enfoque de la Investigación

El abordaje metodológico que se utilizó en esta investigación fue el estudio de caso basándose en Manga Lüdke E Markie. D. A. André²¹.

Para el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta las siguientes características o principios del estudio:

- 1. Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento²¹**, pese a que las investigadoras partieron de algunos presupuestos teóricos iniciales, se mantuvieron atentas a las nuevas experiencias, dimensiones y aspectos de la situaciones reales que viven a diario las trabajadoras sexuales en sus prácticas de autocuidado ya sea en el lugar de trabajo,

vivienda o en el centro de salud asimismo en los diferentes sucesos: durante el ejercicio de la prostitución.

2. Los estudios de caso facultan la interpretación en el contexto²¹,

Un principio básico de ese tipo de estudio es tomar en cuenta el contexto en la que sitúa el objeto y así se comprenderá mejor la manifestación general de un problema, necesidades y reacciones de las involucradas en los cuales ocurre una problemática determinada. Para analizar y comprender las prácticas de autocuidado de las trabajadoras sexuales, se tomó en cuenta el contexto en que se da el objeto de estudio, realizándose la investigación dentro del escenario laboral: en las Poncianas de la ciudad de Chiclayo y en los alrededores del mercado modelo de Lambayeque y Chiclayo.

3. Los estudios de caso buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda²¹, los investigadores que aplican el estudio de caso en las investigaciones siempre debe buscar revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema, focalizándolo como un todo. Este tipo de abordaje enfatiza la complejidad natural de las situaciones, evidenciando la interrelación de sus componentes. Se investigó las Prácticas de Autocuidado en la Salud de las Trabajadoras Sexuales.

4. Los estudios de caso revelan experiencias secundarias y permiten generalizaciones naturales²¹, los estudios de caso revelan

experiencias que permiten generalizaciones naturales: este principio busca que los investigadores relaten sus experiencias durante el estudio, de modo que pueda servir a otros investigadores para realizar generalizaciones naturalísticas. Es decir otros investigadores rescaten de este estudio aquellos aspectos que por semejanza puedan aplicarse a su realidad.

5. **Los relatos de estudio utilizaran lenguaje y una forma más accesible de relación a otros relatos de investigación²¹**, los datos del estudio de caso pueden ser presentados en una variedad de formas que van desde diseños, fotografías, redacción formal, narrativa. Lo importante en este caso es que las investigadoras se preocuparon por desarrollar la comprensión del caso que está investigando. Es decir que su objeto sea tratado como único dentro de la multidimensionalidad que lo envuelve. La población del presente estudio estuvo conformada por las trabajadoras sexuales que trabajan en las Poncianas de la ciudad de Chiclayo y en los alrededores del mercado modelo de Lambayeque y Chiclayo.

Es importante mencionar que se consideran 3 fases propuestas por Nisbet y Watt, citados por Ludke caracterizan el desarrollo del estudio de caso en tres fases²¹.

1. **Fase abierta o exploratoria²¹**: Para aplicar la entrevista a las trabajadoras sexuales tuvimos que contactarnos con personas que

nos den referencias sobre dónde se ubicaban los puntos específicos donde ellas ejercían su trabajo sexual, si las trabajadoras sexuales ejercían su trabajo en la calle, como referencia las encontramos en los alrededores del mercado de Lambayeque y Chiclayo; en el caso de Lambayeque se indagó en las diferentes tiendas comerciales y vendedores ambulantes de manera discreta y ellos accedieron a darnos respuesta donde poder contactarlas; en el caso de Chiclayo, se realizó a través de un encargado de INPARES; el cual nos puso en contacto con una integrante del grupo de trabajadoras sexuales y se habló con ella para acceder a las demás trabajadoras sexuales; en el caso de las trabajadoras sexuales que se desenvuelven en un burdel, nuestro referente fue el burdel de “Las Poncianas”, que pertenece al distrito de la Victoria, hablamos con la hija del propietario que es una obstetra, ella nos citó para los siguientes días a las 4:00 pm antes de que las trabajadoras den inicio a su trabajo y no interferir en nada y no se perjudiquen, cabe destacar que existieron trabajadoras sexuales que accedieron muy amablemente a responder nuestras entrevistas, mientras otras se mostraron indiferentes.

- 2. Fase de delimitación del estudio²¹**, la recolección de información se dio a través de la entrevista abierta a profundidad sobre las prácticas de autocuidado de las trabajadoras sexuales, se quiso utilizar una

grabadora de voz pero no se nos brindó el consentimiento para hacerlo.

3. **Fase de análisis sistemático y elaboración del informe²¹**, una vez recolectada la información, se procedió a la elaboración de relatorios, en los cuales se plasmó la transcripción de una entrevista para poder así verificar y validar lo que fue manifestado.

3.3. Población y Muestra

Población: Estuvo conformada por las trabajadoras sexuales del burdel “Las Poncianas” de la ciudad de Chiclayo y en los alrededores del mercado modelo de Lambayeque y Chiclayo.

Muestra: La muestra estuvo conformada por 07 trabajadoras sexuales, la información fue recolectada por saturación y redundancia.

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se realizó a través de la técnica de la entrevista abierta a profundidad, usando una guía que estuvo conformada por dos partes una donde estaba reflejado los datos generales como: seudónimo, edad, estado civil, tiempo de trabajo, grado de instrucción y domicilio y la segunda parte estuvo

conformada por una pregunta orientadora: ¿Cómo se cuida usted para mantener en equilibrio su salud?

3.5. Análisis de los Datos

El tratamiento de los resultados se realizó a través del análisis temático, que permitió la categorización de los resultados y estar acorde con el objeto de investigación. Estableciendo una interacción entre lo que se conoce y lo que se necesita conocer. Esta interacción entre la recolección y el análisis de la información fue esencial para lograr la validez y la confiabilidad, cuyo objetivo fundamental fue encontrar resultados plausibles y creíbles²⁰.

3.6. Rigor Científico

La investigación en ciencias en la salud implica la búsqueda sistémica de conocimientos y la validación de estos, sobre temas de importancia para el ejercicio profesional en estos campos, esto brinda a los profesionales una base de conocimientos cada vez más sólida y permite el desarrollo y crecimiento de la profesión, en el caso de enfermería superar las debilidades que existe en el ser y hacer de la enfermera, por lo cual una de las metas de todo investigador debe ser el esfuerzo por ser lo más eficientes y eficaces posibles.

Por lo cual, la investigación se consideró algunos criterios de rigor científico propuestos por Guba y Lincoln²³.

Confidencialidad:

Se les explicó a las participantes que la información obtenida en la investigación se estaba asumiendo de manera responsable, las respuestas fueron codificadas utilizando un seudónimo, garantizándoles la confidencialidad requerida.

Credibilidad:

Se describieron con exactitud los datos obtenidos; lo cual permitió a las participantes reafirmar su participación durante las entrevistas.

Confirmabilidad:

Se analizó la transcripción fiel de las entrevistas de las informantes y se describieron los contextos en que se desarrollaron.

Auditabilidad:

En la presente investigación se obtuvo los registros, documentación e información necesaria y completa de tal manera que permitirá que otro investigador pueda seguir la pista o ruta de la presente investigación.

Fiabilidad

Este trabajo de investigación se realizó de manera minuciosa, explicando cada proceso seguido, además los discursos obtenidos fueron analizados y comprendidos detalladamente, hasta obtener los resultados.

3.7. Principios Bioéticos

Los principios éticos que respaldaron y justificaron la investigación estuvieron basados en el informe Belmont citado por Polit²⁰.

Principio de Respeto a la Dignidad Humana

En este caso se solicitó el consentimiento informado por las trabajadoras sexuales antes de aplicarse las entrevistas, que supone la descripción detallada a las participantes de la naturaleza del estudio y los derechos que gozan.

Principio de Beneficencia

Las investigadoras evaluaron detenidamente en cada fase de la investigación la razón costo/beneficio para los sujetos, así como los riesgos a los que estos se exponen comparados con el beneficio social potencial de la investigación.

Principio de Justicia

Se les brindó a las personas en estudio un trato justo, sin prejuicios y equitativo; antes, durante y después de su participación en la entrevista.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y

DISCUSIÓN

• RESULTADOS Y DISCUSIÓN

I. SATISFACCIÓN PARCIAL DE LAS NECESIDADES BASICAS

- 1.1 Evitan exponerse al humo del cigarrillo
- 1.2 Ingesta de alimentos no acorde a las necesidades
- 1.3 Trabajando de 6 a 7 horas más el trabajo domestico
- 1.4. Duermiendo de 5 a 6 horas diarias

II. PROTEGIENDOSU SALUD DE INFECCIONES

- 2.1 Realizan parcialmente el Aseo corporal: Lavado de manos y alcohol en gel
- 2.2 Usan método de barrera: condón
- 2.3 Asisten a un control sanitario

III. BUSCAN MANTENER LAZOS AFECTIVOS Y EVITAN LA EXPOSICIÓN PERSONAL Y FAMILIAR

- 3.1 Ocultándose o alejándose para ejercer la prostitución
- 3.2 Establecen lazos amicales con gente solo del entorno laboral

IV. TRATAN DE FORTALECER SU AUTOESTIMA PARA AFRONTAR LA ESTIGMATIZACIÓN SOCIAL

V. BUSCANDO UNA PROYECCIÓN A FUTURO

- 5.1 Tienen proyectos de cambio de actividad
- 5.2 Dejan de ejercer cuando ya no tienen condiciones

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las necesidades humanas se manifiestan a través de conductas, las cuales son la expresión de dichas necesidades. Estas necesidades se encuentran según Maslow representadas en una pirámide que comprende cinco escalones de manera ascendente, donde el escalón básico son las necesidades fisiológicas, que una vez cubiertas tenemos al segundo escalón, es ahí donde la persona empieza a preocuparse por la seguridad frente a cualquier daño. Estos dos escalones deben ser satisfechos para que la persona se siente físicamente seguro y empieza a buscar la satisfacción de otras necesidades que se encuentran en los tres escalones restantes, como es la aceptación social, obtener respeto de sí mismo y finalmente alcanzar metas personales sintiéndose autorealizado²⁴.

Satisfaciendo estas necesidades humanas nos conduce a obtener un autocuidado de nuestra salud, que según Orem, en su teoría lo define como “la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”. Afirma, que el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de combinaciones de experiencias cognitivas y sociales¹⁴.

El autocuidado se verá expresado en el presente informe de investigación, en las prácticas de autocuidado de la salud de las trabajadoras sexuales, que a

continuación se verá la comparación y el análisis con la literatura, el cual está estructurado en cinco categorías y dentro de ellas con sus subcategorías correspondientes¹².

SATISFACCIÓN PARCIAL DE LAS NECESIDADES BASICAS

El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con los periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales¹².

Estos factores físicos como de entorno, influyen en el ambiente en donde laboran las trabajadoras sexuales ya que representan una desventaja para que ellas puedan obtener y ofrecer sexo más seguro y así abandonar su conducta riesgosa. Según James & Mann, identifica dentro de su modelo de conducta preventiva a los beneficios y costos, y agrega que si fuera fácil adoptar las medidas de prevención, muchas personas ya habrían cambiado de conducta. La adopción de estas medidas no sólo produce beneficios sino costos. Los costos y beneficios juegan un papel definitivo en la toma de decisiones²⁵.

Evitan exponerse al humo del cigarrillo

El autocuidado nace del equilibrio de las necesidades, dentro de estas necesidades encontramos la necesidad de oxigenación que es muy importante en cualquier ser humano ya que es fuente principal de vida.

Los discursos de las trabajadoras sexuales permiten afirmar que se exponen al humo del cigarrillo y no trabajan en un ambiente saludable por ende tienen una oxigenación inadecuada, aunque hayan tenido en cuenta el evitar que fumen los clientes, no es suficiente para que hayan modificado del todo el hecho de mantener una buena oxigenación.

“...Yo no permito que ingresen a mi habitación fumando los clientes, por eso antes les advierto...” (Alejandra)

“...Yo aparte que me cuido, en el acto sexual, también evito fumar...” (Angie)

En los dos discursos anteriormente mencionados podemos evidenciar que las trabajadoras sexuales evitan exponerse a clientes que fumen, y así realizan una acción para evitar estar expuestas al humo del cigarrillo.

Sin embargo se encuentra trabajadoras sexuales que se exponen a factores que alteren su oxigenación por tener más ingresos económicos.

“...Yo fumo a veces, máximo un cigarro en el día... pero a los clientes si llegan fumando yo los dejo, hay que dejar que el cliente se sienta a gusto, para que luego regrese...” (Flora)

El fumar o estar expuesta constantemente a personas que fumen, produce que la persona afectada a la inhalación de nicotina, cause en ella una vasoconstricción de vasos sanguíneos periféricos y coronarios, aumentando la tensión arterial y disminuyendo el flujo sanguíneo, en el peor de los casos con el tiempo puede desencadenarse un cáncer de pulmón.

Además debemos considerar que para tener una buena oxigenación, los factores ambientales son importantes, ya que según F. Nightingale definió y describió conceptos importantes dentro de ellos un entorno saludable, dentro de estos encontramos una buena ventilación e iluminación²⁶.

Pero según lo observado las trabajadoras sexuales, brindan sus servicios en habitaciones muy pequeños, sin ventilación y con escasa iluminación. Claro está que un entorno de esa forma, están expuestas a ser fumadoras pasivas en el caso el cliente fume, además el ambiente sin ventilación podría ser propicio para el contagio de enfermedades como la tuberculosis, neumonía, tos ferina, difteria, infecciones respiratorias agudas, etc.

Ingesta de alimentos no acorde a las necesidades

Tener una alimentación e hidratación adecuada, constituye que la persona ingiera los nutrientes necesarios para el buen funcionamiento de su organismo y así obtenga un equilibrio de nutrientes esenciales: agua, hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas y minerales, además el requerimiento energético de

una persona adulta sana, que es de aproximadamente de 28 a 32 calorías por kilogramo de peso por día, para su normal desenvolvimiento en el día a día²⁷.

Adicional a lo anterior mencionado, debemos tener en cuenta la actividad física que realizan a diario para reponer los nutrientes utilizados, en la investigación las trabajadoras sexuales brindan un servicio sexual, que demanda de un desgaste físico y psicológico, que realizan a diario. Según un estudio realizado por científicos de la universidad de Bath, en Reino Unido, midieron con un sensor de flujo calórico parecido a un pulsímetro el gasto energético real de un grupo de parejas jóvenes (entre 19 y 25 años) al mantener relaciones sexuales. La duración media de las relaciones fue de 24 minutos, durante los cuales los hombres perdieron de 101 calorías frente a las mujeres, que gastaron 69 calorías²⁸.

Las mujeres adultas jóvenes necesitan mantener un aporte adecuado de nutrientes, deben incluir al menos un número mínimo de raciones por día de cada grupo de la Pirámide de alimentos: Pan, cereales y pasta (06-12 raciones/01 ración = 70 calorías); verduras y frutas (05-10 raciones/01 ración= 25 calorías); leche, yogurt y queso (02-04 raciones/01 ración= 70 calorías); carne, aves, pescado y huevos (02-03 raciones/01 ración= 70 calorías); legumbre y frutos secos (02-03 raciones/01 ración= 25calorías); aceites como mantequilla, mayonesa, aderezo, aceite, aceituna (01 ración= 45 calorías); ocho vasos de agua al día, junto a eso debe disponer de una cantidad suficiente de vitamina D, necesaria para que el calcio penetre en la circulación²⁷.

Dentro de las entrevistas hemos tenido en cuenta dos discursos de trabajadoras sexuales las cuales nos han proporcionado una información más clara y detallada, influenciado por el tiempo que nos permitían conversar.

“... usualmente te tomo una tasa de 200ml de soya, dos panes con 50gr de queso y más tarde como fruta que puede ser tres plátanos de seda o dos naranja, de la semana te como tres veces fruta... almuerzo a la 1pm, te como poco carnes rojas porque es malo, pero si te como una porción de 500 gr pollo o pescado, con 200 gr de arroz, una porción de ensalada, le echo 100gr de repollo, 50gr piña, un chorrito de 10ml de leche y sal, y para tomar, un jugo natural de piña 200gr o limonada, porque la gaseosa tiene muchas calorías... y antes de irme a trabajar tomo una tasa de manzanilla...” (Alejandra, trabaja de 6pm-12pm-12 clientes 15min por c/u- 57kg-1.80cm)

En cuanto a lo mencionado por los discursos se puede evidenciar que en el ejercicio sexual que realizan, tiene una duración de 15 minutos, por la cantidad de kilocalorías que se pierden, tendrían 43.12 calorías perdidas por cliente, y tomando como mínimo 12 clientes perderían 517.4 calorías. Estos datos nutricionales deberían ser repuestos durante su alimentación e hidratación.

La necesidad de estos nutrientes esenciales, varían de acuerdo al sexo, edad y actividad que realice la persona, en esta investigación valoramos a mujeres trabajadoras sexuales adultas jóvenes como se ha referido en la muestra.

Teniendo en cuenta las Tablas Peruanas de Composición de Alimentos del Ministerio de Salud consume: Cereales 554 calorías; verduras y frutas 350 calorías; leche y derivados 454 calorías; carnes 320 calorías; legumbre= 401 calorías; aceite= 899 calorías; 5 vasos de agua al día; haciendo un total de 2074 calorías, si a esto le restados el resultado un total de 2341.4 calorías (el peso de 57 kg por 32 calorías que gasta una persona normal en un día nos daría 1824 calorías, más 517.4 calorías, que gasta en un día de trabajo con un mínimo de 12 clientes), nos da como resultado un déficit de 267.4 calorías por día.

Sin embargo en este otro discurso podemos observar que la situación es diferente, pero teniendo el mismo aporte inadecuado de alimentos de acorde a sus necesidades.

“...desayuno a las 8:00 am, tomo una taza de soya o avena, con tres panes con mantequilla, almuerzo a las 3pm o 4pm, me doy una escapadita a la terraza del mercado y ahí como un menú , con sopa de fideitos con pollo, me dan caballa frita con una porción de arroz, una porción de yucas sancochadas y con una porción de lentejita, con su ensaladita de lechuguita y tomatito, de tomar un vaso de cebada...ceno a las 9:30pm, solo como lo que quedo del almuerzo por ejemplo una porción de arroz con pollo, es que mi mamá prepara el almuerzo para mis hijos..., no soy de tomar mucha agua pura, será para estar pagando baño a cada rato...” (Flora-trabaja 6-10h diarias de 9am-7pm, 16 clientes máx.- 15min por

c/u- 69Kg-1.60cm)

Durante el ejercicio sexual que realiza, tiene una duración de 15 minutos, por la cantidad de kilocalorías que se pierden, tendrían 43.12 calorías perdidas por cliente, y tomando como un máximo 16 clientes por día se obtendría 689.9 calorías perdidas en un día.

Y según las Tablas Peruanas de Composición de Alimentos del Ministerio de Salud consume: Cereales 2108 calorías; verduras y frutas 600 calorías; leche y derivados 454 calorías; carnes 620 calorías; legumbre= 401 calorías; aceite= 1798 calorías; 3 vasos de agua al día (se observa la piel reseca) ; haciendo un total de 5981 calorías, si a esto le restados el resultado un total de 2897.4 calorías (el peso de 69 kg por 32 calorías que gasta una persona normal en un día nos daría 1824 calorías, más 689.9 calorías, que gasta en un día de trabajo con un máximo en 16 clientes), nos da como resultado en exceso de 3083.1 calorías por día.

Las calorías que perdemos o ganamos en nuestra alimentación en el día a día, se ve reflejado índice de masa corporal. Según la Organización Mundial de Salud el índice de masa corporal es el peso corporal dividido por la talla al cuadrado, el cálculo está basado en cifras sugeridas para peso corporal ideal, donde el índice de masa corporal para hombres y mujeres normales debería estar en el rango de 18,5 a 25 Kg/m². Si el índice de masa corporal es menor a 18,5 Kg/m²= bajo peso, entre 25-29,9 Kg/m²= Sobrepeso, entre 30-34,9 Kg/m²= Obesidad²⁹.

Teniendo en cuenta los datos del primer discurso, podemos obtener el índice de masa corporal de la trabajadora sexual que nos da un resultado de 17.5 Kg/m², que según la Organización Mundial de Salud se encuentra en bajo peso.

A comparación del segundo discurso su índice de masa corporal de la trabajadora sexual es de 26.9 Kg/m², que según la Organización Mundial de Salud se encuentra en sobrepeso.

Con todos los datos obtenidos tanto en calorías y en índices de masa corporal, podemos afirmar que en primer discurso la trabajadora sexual come a sus horas, las calorías que gasta en su día a día supera a las que consume, y su índice de masa corporal se encuentra en bajo peso, aunque ella tiene un conocimientos sobre una alimentación balanceada, su alimentación diaria no llega a cubrir sus demandas diarias. A comparación del segundo discurso la segunda trabajadora sexual no come a horas adecuadas, en sus comida predomina los carbohidratos en mayor cantidad y eso hace que ella tenga un sobrante de calorías por día y guarde relación con el resultado de su índice de masa corporal que es el sobrepeso.

Por consiguiente en esta investigación podemos afirmar que las trabajadoras sexuales tienen alterado la necesidad de alimentación e hidratación, ya sea en déficit o exceso de calorías, además de no consumir la cantidad de agua necesaria al día.

Trabajando de 6 a 7 horas más el trabajo domestico

El descanso es un estado de actividad mental y física reducido, que restablece la energía de la persona, permitiendo que el sujeto recupere un funcionamiento óptimo de su cuerpo²⁷.

“...Yo trabajo todos los días, trato de abarcar todo el turno 6:00 pm-12:00 pm...a las 2 am llego a mi cuarto y me tiro a dormir hasta las 9 am...” (Ángela)

El anterior discurso nos permiten asegurar que las trabajadoras sexuales de “Las Poncianas” tienen alterada su descanso, y no es por falta de horas si no por el horario de descanso, en el caso de estas trabajadoras sexuales trabajan por la tarde y por la noche, variando sus horas de sueño ya que pueden estar despiertas hasta la madrugada.

“...Hay veces que trabajo 6 horas y otras veces que trabajo 9h – 10h diarias, desde las 9am hasta las 7pm...yo me voy a dormir a las 12pm o 1am, porque le ayudo a mi hijito en sus tareas y dejo listo las cosas para mañana y a veces me pongo a pensar hasta las 2:30am como me ira el día de mañana, luego me levanto a las 6 am para dejarlo listo para el colegio y poder salir luego a trabajar...” (Estrella)

En el caso de las trabajadoras sexuales de las calles que trabajan por la mañana, son madres de familia y la mayoría tienen otras obligaciones y

pendientes en el hogar, que suelen ser un factor de estrés o ansiedad que da como resultado periodos de insomnio alterando de esta manera su descanso.

Durmiendo de 5 a 6 horas diarias

El sueño es como un conjunto de procesos fisiológicos complejos que resultan de la interacción de una gran cantidad de sistemas neuroquímicos del sistema nervioso central, siendo un fenómeno cíclico que se denomina ciclo de vigilia –sueño, un ritmo circadiano.

El ritmo circadiano se ve influenciado según la etapa que se encuentre la persona, ya que es diferente la necesidad de sueño en cada etapa de la vida, en el caso de los adultos jóvenes habitualmente tienen un estilo de vida activo, y se piensa que necesitan de 7 a 8 horas de sueño cada noche²⁷.

A demás lo anterior mencionado todas las personas cuentan con relojes biológicos que sincronizan el ciclo del sueño y pueden tener distintas preferencias en cuanto a períodos de sueño, así como rendir mejor en diferentes momentos del día. Este reloj biológico se denomina oscilador interno y está situado detrás del hipotálamo; su ritmo se adapta gracias a factores del entorno como la luz, oscuridad o la actividad social²⁷.

“Apenas llego de trabajar y me gana el sueño, al levantarme me siento agitada y ansiosa pensando que llegare tarde y no podré comenzar bien mi día”

(Angie- Las Ponceanas-7h de sueño)

“Siento que apenas hace unos cinco minutos me acabo de acostar y me siento cansada, con las cosas de las casa y mis hijos”

(Flora- Mercado de Lambayeque- dos hijos- 5h de sueño)

En los discursos anteriormente mencionados, nos permiten testificar que las trabajadoras sexuales de ambos entornos tanto las de “Las Poncianas” como de las calles, tienen alterado su reloj biológico y por ende las horas de sueño ya sea por la modalidad de trabajo o por la carga familiar que poseen, quedando expuestas a manifestar irritabilidad, ansiedad, depresión, cansancio y no pueden controlar sus emociones.

PROTEGIENDO SU SALUD DE INFECCIONES

Las trabajadoras sexuales son consideradas un grupo poblacional de alto riesgo para la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS), por la adopción de prácticas sexuales que ponen en peligro su vida, que las conducen a constituirse en un grupo de interés para el control, seguimiento y evaluación de conductas sexuales, pues se convierte en una alternativa rápida de solución para las satisfacciones de su vida y aspiraciones conduciéndolas a perpetuar conductas riesgosas para su salud³².

Realizan parcialmente el Aseo corporal: Lavado de manos y alcohol en gel

Los seres humanos desean estar, en la medida de lo posible, protegido contra el peligro o la privación, cubierto de los problemas futuros; requieren sentir seguridad en el futuro, estar libre de peligros y vivir en un ambiente agradable, en mantenimiento del orden para ellos y para su familia³⁰.

Mantener la seguridad y protección, fomenta el autocuidado; lo cual se describe como la capacidad que tienen las personas de crear situaciones compatibles con la auto preservación y con la autoprotección de la salud¹².

Estar protegidos, determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud. Sin embargo, para el colectivo de personas que ejercen la prostitución, la calidad de su salud merma por las consecuencias y la exposición a las enfermedades de transmisión sexual y otro tipo de infecciones, incluida el VIH/Sida¹⁶.

El aseo personal es un aspecto fundamental dentro de la seguridad y protección de las personas en especial de las trabajadoras sexuales por las diversas conductas riesgosas que están expuestas, el aseo personal es considerado como el proceso que hace que una persona cuide su salud, su aspecto, su limpieza para evitar contraer enfermedades o virus, es un complejo sistema de acciones más o menos simples que cada individuo debe llevar a cabo por su cuenta¹⁶.

“...antes cuando era más joven no tenía mucho cuidado, pero con el transcurrir del tiempo las chicas también te aconsejan y ahora me lavo las manos antes y después de brindar el servicio al cliente...” (Ángela-Poncianas)

La educación entre pares implica un enfoque, un medio de comunicación; por tanto, la educación entre pares supone que miembros de un grupo determinado actúan para producir cambios en los conocimientos, actitudes, prácticas y/o comportamiento de otros miembros del mismo grupo¹⁶.

Ángela también en sus discursos nos refirió que ella ejercía el trabajo sexual dentro de un burdel “Las Poncianas”, donde contaba con materiales de aseo personal y baño propio favoreciendo la práctica de autocuidado como el lavado de manos que es entendido como uno de los métodos de higiene más básicos e importantes, es un simple acto que no toma más de cinco minutos y que nos puede prevenir en numerosas ocasiones de la presencia de virus, bacterias y enfermedades que se transmiten a través del contacto de diversas superficies o que están en el ambiente.

Se considera que el lavado de manos puede evitarnos, además de pequeñas condiciones de enfermedad, serios problemas como los diferentes tipos de hepatitis y herpes que se contagian a través del contacto persona a persona y que pueden significar profundas complicaciones para la salud¹⁶.

“...yo utilizo alcohol en gel para desinfectar algunas partes de mi cuerpo y evitar infecciones...” (Estrella-Lambayeque),

Sin embargo, por otro lado Estrella que ejerce la prostitución en la calle en los discursos refirió que si pide un cuarto con baño le va a salir menos económico, ahora bien, si se analizan las condiciones bajo las cuales se ejerce esta actividad, no son las más seguras, muchas veces las personas que prestan los servicios desconocen o carecen de información para llevar a cabo prácticas de higiene adecuadas, para evitar ser contagiadas de alguna enfermedad de transmisión sexual¹⁷.

Para las trabajadoras sexuales el alcohol en gel es útil para suplir la limpieza y desinfección de manos con agua y jabón, como en este caso de las trabajadoras sexuales de la calle pues el alcohol en gel elimina hasta en un 99.9% los gérmenes, bacterias y virus, aplicándose directamente en las manos o piel y no requiere enjuague. Por lo tanto el alcohol en gel permite prevenir enfermedades.

“...yo soy enfermera y tengo conocimiento de cómo debo cuidarme y las medidas que tengo que tener, como por ejemplo: realizo el examen físico a cada cliente, aseo personal e higiene de genitales...” (Alejandra, Poncianas)

Por otro lado, dentro de las trabajadoras sexuales teníamos a una enfermera que por su preparación profesional tiene conocimientos de las prácticas de autocuidado saludables dentro de su seguridad y protección, a pesar de ello las personas que ejercen la prostitución presentan serias dificultades para proteger o mejorar su salud a nivel integral (bio-psico-social). Es un colectivo que especialmente encuentra muchos obstáculos para proteger su salud a nivel

integral, obstáculos que le someten a una situación de mayor vulnerabilidad tanto a nivel de salud física como a nivel psicosocial.

En la investigación refleja que las prácticas de autocuidado de las trabajadoras sexuales en ambos escenarios, su aseo personal es inadecuado pues las trabajadoras sexuales tienen básicamente dos acciones dentro de este, como el lavado de manos y desinfección con alcohol en gel.

Además también consideramos las condiciones en las que se realiza las prácticas de autocuidado va dependiendo a la formalidad o informalidad del lugar que se desarrolle, claramente notamos que las trabajadoras sexuales que ejercen su trabajo en la calle, tienen menos disposición de prácticas de autocuidado, ya que no cuentan con un escenario de trabajo adecuado, no hay una regularidad, ni un control, como en todo trabajo informal, a diferencia de las trabajadoras sexuales de los burdeles que cuentan con habitación personal y útiles de aseo.

Usan método de barrera: condón

Diferentes estudios muestran que la sensibilización no es útil en cuanto a la modificación de sus conductas de riesgo, particularmente en lo referente al uso irregular del preservativo. Si los hombres reconocen la importancia del uso del preservativo, será más fácil la negociación del mismo en el ámbito de la prostitución, ya que su actitud se ha identificado como uno de los mayores obstáculos para el uso habitual del condón²⁵.

“...en mi caso es obligatorio que usen condón, por eso antes de dar el servicio, les digo y si aceptan normal, si no; no se les brinda el servicio...” (Angie)

“La única forma de protegerme que tengo es que los hombres usen condón, no se hace el lavado de pene o uso de alcohol, ya que aquí no hay eso y si pedimos cuarto con baño nos cobran más y no conviene” (Flora)

El preservativo viene a ser un método muy común y eficaz para la mayoría de la población, y esta práctica de autocuidado no escapa de las trabajadoras sexuales más aún que son un grupo muy vulnerable, este viene a ser un método de protección sexual que previene tanto de embarazos no deseados como del contagio de enfermedades de transmisión sexual¹⁹.

Así pues, las intervenciones una de las más importantes para las trabajadoras sexuales según los discursos, es el uso de condón pues este es una mecánica de barrera fundamental para evitar enfermarse.

Asisten a un control sanitario

El trabajo sexual al ser una actividad desvalorizada y estigmatizada se ha desarrollado históricamente al margen de la normativa laboral y legal. Nuestro país no es la excepción, pues al tener una posición legal ambigua frente a esta actividad, no ha sido capaz de regularla desde un punto de vista laboral, limitándose a adoptar un enfoque sanitario y criminal respecto a ella: las

trabajadoras cuenten con sus registros sanitarios al día, materializado en la posesión del carnet de sanidad, y de fiscalizar en los locales que no ejerzan menores de edad ni exista tráfico de mujeres, por ello sigue existiendo los lugares clandestinos donde se desarrolla este trabajo sexual²⁵.

Las políticas sanitarias definen al trabajo sexual como un problema de salud pública refiriendo que las trabajadoras sexuales constituyen, por su profesión, un colectivo especialmente vulnerable. La política sanitaria, vigente en el país, establece que las mujeres que trabajan en locales nocturnos como trabajadoras sexuales, se presenten de forma obligatoria a un control sanitario mensual, el cual consiste en un examen clínico y ginecológico. Además, cada seis meses se les realiza la prueba sérica para descarte del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)³³.

“...tengo mensualmente que renovar mi carnet de sanidad que nos dan en el centro de salud José Olaya, tengo el carnet de VIH por seis meses y el de sífilis por tres meses...” (Ángela)

“...yo llevo mis controles en PROCETS de José Olaya, allí nos dan carnet sanitario aparte de los de VIH y Sífilis, también el de flujo vaginal que dura un mes...” (Angie)

Aunque el control sanitario mensual es importante para el control de la propagación de las infecciones de transmisión sexual, hay que tener en cuenta que existen otras infecciones, como las el virus de hepatitis B y el virus de hepatitis C,

enfermedades psicológicas, entre otras, que también son igual de importantes en la salud de las trabajadoras sexuales³³.

“Aquí en Perú nos atienden en una posta, pero yo me atiendo en un medico particular y ahí me hacen el control de sanidad...pero a mi parecer deberían aquí pasarnos por un psicólogo para que nos guíen y de acuerdo a lo que necesitamos nos refieran a otras especialidades” (Alejandra- Colombia- Enfermera)

Como se muestra en este discurso, el grado de instrucción tiende a conllevarnos a tener una perspectiva más amplia con respecto a nuestro autocuidado y es así que consideramos que el fomento del autocuidado requiere de un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral, y de salud como “el resultado de los cuidados que uno mismo se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”³⁵.

Por lo tanto como nos refieren en los discursos y la discusión realizada en el país el control legal a través de un control sanitaria a las trabajadoras sexuales lo realizan por intermedio del programa de PROCETS, sin embargo esta política se limita a la función reproductiva, prestando menos atención a las otras dimensiones del ser humano, no teniendo un enfoque holística para las trabajadoras sexuales.

BUSCAN MANTENER LAZOS AFECTIVOS Y EVITAN LA EXPOSICIÓN PERSONAL Y FAMILIAR

Las relaciones humanas están encaminadas a crear y mantener entre los individuos relaciones cordiales, vínculos amistosos, basados en ciertas reglas aceptadas por todos y, fundamentalmente, en el reconocimiento y respeto de la persona humana³⁰.

La mayoría de mujeres que ejercen la prostitución deciden abandonar el país o lugar de origen en busca de una mejor situación económica para sí mismas y para su familia. Así mismo dejan la familia, las amistades y otras redes de apoyo. Como consecuencia de la decisión de este abandono se impregnan en ellas la sensación de abandono, de soledad y culpabilidad hacia ellas³¹.

Ocultándose o alejándose para ejercer la prostitución

Cuando las necesidades fisiológicas y de seguridad se completan, empiezan a entrar en escena las terceras necesidades. Empezamos a tener necesidades de amistad, de pareja y relaciones afectivas en general, incluyendo la sensación general de comunidad¹. En nuestra vida cotidiana, exhibimos estas necesidades en nuestros deseos de unión de tener familias, en ser partes de una comunidad, a ser miembros de una iglesia, a una hermandad, a ser partes de una pandilla o a pertenecer a un club social³⁰.

Sin embargo, la frustración de estas necesidades es el núcleo más común del inadecuado ajuste (social). Ya que el amor no es sinónimo de sexo, este puede ser estudiado como una necesidad puramente fisiológica, aunque la conducta sexual humana es multideterminada, no sólo por la necesidad sexual sino por la de afecto y amor³⁰.

En las mujeres estudiadas, las prácticas de la prostitución las han hecho renunciar a la satisfacción de estas necesidades, asimismo la situación económica precaria, la violencia intrafamiliar aunada al desamor que genera un aislamiento, propicia que estas mujeres huyan de su casa a temprana edad y busquen otras alternativas de vida, y con ello el sustento de sus hijos y demás familiares³².

Las mujeres en estudio, mencionan que los hijos pasan al cuidado de las abuelas cuando ellas deciden abandonar su lugar de origen en busca de una mejor situación económica.

“...Generalmente yo separo mi trabajo, de mi vida personal, yo tengo una vida normal allá en Colombia, mi familia y mis hijos me aprecian mucho y solo me da pena cuando tengo que venir a Perú para trabajar y es por eso que solo lo hago por un periodo de tiempo...” (Alejandra-Colombia)

Las mujeres ejercen la prostitución como una supervivencia económica. Ellas lo consideran un trabajo, una actividad que les da un dinero para vivir aquí e incluso para enviar una parte a sus familiares. En la mayoría de los casos, es un modo de vivir duro, que cuesta esfuerzo y supone, demasiadas veces, aguantar problemas legales³³.

Ejercer esta actividad aunque sea temporal y fuera de su país o de su lugar de origen les causa pena y tristeza, asimismo independientemente de las circunstancias en que se inician en esta actividad, están condicionando su ejercicio a la resolución de problemas concretos o la consecución de ciertos objetivos en la vida³¹.

Las mujeres en estudio, mencionan que dedicarse a la prostitución es porque ganan más y no tienen que estar aguantando a nadie que les diga lo que tienen que hacer. Asimismo una de nuestras entrevistadas, la cual es extranjera goza de un nivel cultural alto y ello le permite acceder a distintas oportunidades dentro del comercio sexual.

Como sabemos, la prostitución les permite una independencia económica y una libertad de la que no gozarían con los otros trabajos a los que podrían acceder en su situación. Esta decisión está condicionada, como todas las decisiones que los seres humanos tomamos en la vida, por múltiples factores sociales, culturales y personales³².

La información proporcionada por las trabajadoras sexuales temen que su familia se entere de lo que está haciendo para ganarse la vida; es por ello que evitan salir o exponerse frente a la sociedad por el temor a ser reconocidas, ser identificadas, para que la familia y el entorno social no puedan enterarse y no sientan vergüenza.

Establecen lazos amicales con gente solo del entorno laboral

El sentimiento de pertenencia a un grupo es muy importante a lo largo de toda la vida y ser miembro de un grupo nos da seguridad. Además, es fuente importante de apoyo³⁰. En el caso de las mujeres entrevistadas que ejercen la prostitución, muchas de ellas asumen su identidad solamente en su ambiente de trabajo, porque fuera de ella prefieren estar solas o con su grupo de amistad de su mismo entorno³².

Asimismo, como una estrategia de autocuidado, es el ocultamiento de esta actividad a causa de la vergüenza sentida a nivel social y la imagen negativa que representan; es por ello que van creando lazos de amistad para sentirse más cómodas, más seguras.

“...Yo evito salir a fiestas, reuniones de amigos y amigas ya que hay personas que nos reconocen y me da temor que mi familia se entere, es por eso que solo comparto momentos con mis amigas del trabajo” (Flora)

En este discurso, la mujer entrevistada a causa del rechazo o temor que siente por la actividad que realiza, oculta su trabajo para que su familia no se entere y sea rechazada y así evitar conflictos o vivir procesos de marginación y ello le genere culpabilidad.

Es por ello que con el tiempo forman parte del colectivo de mujeres que ejercen la prostitución, generando un mayor reconocimiento y un mayor respeto hacia sí mismas. A través de estas relaciones que se desarrollan entre ellas

conocen sus problemáticas personales y sus necesidades, dándose una mayor aceptación de la actividad que realizan.

TRATAN DE FORTALECER SU AUTOESTIMA PARA AFRONTAR LA ESTIGMATIZACIÓN SOCIAL

Sabemos que las necesidades de estima y autoestima están relacionadas con la confianza en sí mismo, la independencia, el éxito, el status, el respeto por parte de los compañeros, es decir la reputación y valoración³⁰.

Sin embargo, las mujeres en estudio que realizan la prostitución se encuentran expuestas, a los abusos y menosprecio de la sociedad. La necesidad de mantener una doble vida, ocultando a la familia y amigos, haciéndolo con miedo a ser descubierta y rechazada por el conjunto de la sociedad.

“...Estamos expuestas a todo tipo de personas, pero principalmente que nos miren con asco y con la mirada nos insultan de lo peor, es por ello que solo buscamos relacionamos con gente de nuestro trabajo...” (Danielle)

El término de estigma fue acuñado por Goffman, refiriéndose con él al menosprecio que causa en la colectividad social alguno de sus miembros o grupos cuando presenta algún tipo de condición, atributo o rasgo de comportamiento considerado abominable (ya sea referente a su apariencia física, defectos de carácter o por su pertenencia a un grupo determinado, raza, religión, nacionalidad, en nuestro caso, comportamiento sexual, etc)³⁴. El estigma se traduce en un

rechazo social que aísla a las mujeres y por tanto las hace más vulnerables a la exclusión, discriminación y explotación, e impide la mejora de sus condiciones de trabajo³³.

A las trabajadoras sexuales se las señala como responsables de su propia situación y la mirada que hacen otros a la situación que viven ellas se aparta del contexto socioeconómico y de las conexiones con la pobreza, y de la desigualdad sistemática³².

De acuerdo con Hanneth, la identidad se moldea en parte por el reconocimiento o la falta de este, así, un grupo de personas puede sufrir un daño si la sociedad que las rodea les muestra un cuadro degradante de sí mismas³⁵. Esto podría ser el caso de las trabajadoras sexuales que al percibir el rechazo que les muestra la sociedad; forjen un autoconcepto de minusvalía en las relaciones dialógicas con las demás.

Todas las personas en nuestra sociedad tienen necesidad o deseo de una evaluación estable de ellos mismos, firmemente sustentada, usualmente alta, de respeto por sí mismos o autoestima, y de la estima de otros³¹. Lo que se ve limitado en las mujeres que se dedican a esta actividad y para contrastar buscar desarrollar lazos amicales con personas de su mismo entorno.

“...Nosotros vamos a INPARES, somos un grupo de trabajadoras sexuales que recibimos charlas y consejería sobre autoestima, comunicación asertiva y relaciones interpersonales...” (Danielle)

En el discurso mencionado las trabajadoras sexuales, se observa que ellas acceden a este programa para fortalecer y aumentar su autoestima personal. La

satisfacción de la necesidad de autoestima conduce a sentimientos de autoconfianza, valía, fuerza, capacidad y adecuación, de ser útil y necesario en el mundo; la insatisfacción de la misma produce sentimientos de inferioridad, debilidad e impotencia³⁰.

Las trabajadoras sexuales desde su trayectoria de maltrato van adquiriendo como autocuidado una identidad fundamentada en un señalamiento otorgado por la sociedad; su oficio es percibido por ellas como un trabajo no digno; esto hace que tengan una mirada interna de discriminación propia, enjuiciamiento y sentimientos de culpabilidad, además de esto la familia cuando se entera de su trabajo la aísla y la recrimina³².

Lo anterior lo corrobora Millán; la proyección sobre otro de una imagen inferior o humillante, puede en realidad deformar y oprimir al grado en que esa imagen sea internalizada³³.

Por ello, según lo observado las trabajadoras sexuales establecen sus primeros contactos estables de amistad con las propias compañeras de su entorno, ya que ellas mismas se estigmatizan por la doble moral que mantienen al ejercer la prostitución.

BUSCANDO UNA PROYECCIÓN A FUTURO

Aun cuando todas las necesidades previas sean satisfechas, esperaríamos que con frecuencia un nuevo descontento e intranquilidad se desarrollaran, a

menos que el individuo esté haciendo lo que individualmente es apto para hacer. Lo que los humanos pueden ser, deben ser. A esta necesidad le podemos llamar autorrealización. Este término se refiere a los deseos de hacer real lo que potencialmente es. El deseo de volverse más y más lo que uno idiosincrásicamente es, volverse todo lo que uno es capaz de ser³⁰.

Tienen proyectos de cambio de actividad

La prostitución tiene mucho que ver con la situación de subordinación social y laboral de las mujeres en nuestras sociedades, debido a que perciben el trabajo sexual como una condena de la que no tienen más escapatoria.

Sin embargo, la prostitución les permite una independencia económica y una libertad de la que no gozarían con los otros trabajos a los que podrían acceder en su situación. Esta decisión está condicionada, como todas las decisiones que los seres humanos tomamos en la vida, por múltiples factores sociales, culturales y personales³³.

“...Bueno esto me ha ayudado a poner mi dulcería y tener más ingresos...”

(Ángela)

Vemos pues que la prostitución sigue siendo una alternativa rápida de obtener ingresos económicos y una vez resuelta esta situación, muchas anticipan como momento ideal el abandono de esta actividad, sucede que la prostitución sigue siendo la forma más rápida de ganar dinero frente a cualquier otra actividad.

Por tanto, el medio más rápido de pagar la deuda, de llevar a cabo los planes que cada persona trajo con la migración, así como de acceder y mantener una situación de mayor bienestar económico propio y familiar, difícil de satisfacer con los ingresos que se obtienen en otros empleos³¹.

“...Yo no pienso vivir de este trabajo, yo estoy estudiando mi maestría, soy enfermera instrumentista en Bogotá-Colombia...” (Alejandra)

En este caso se observa que la entrevistada ve a la prostitución como algo temporal y circunstancial y es capaz de proyectarse al futuro, un futuro que ya no tiene nada que ver con el mundo de la prostitución.

Las trabajadoras sexuales suelen llamar a esta actividad “trabajo” y lo asumen como tal, ofreciendo un servicio con calidad, cumpliendo una jornada, obteniendo una retribución económica; sin embargo, en la mayoría de los casos no se cuenta con unas garantías que le permite tener calidad de vida como es el derecho a la salud, una pensión, incapacidades ante enfermedades que se presenten, y el anhelo de alcanzar algún día una jubilación o pensión³².

Dejan de ejercer cuando ya no tienen condiciones

La mujer comparte la visión de que ejercer la prostitución es un actividad degradante y que sólo se realiza por necesidad económica y por incapacidad para acceder a un puesto de trabajo normalizado; y se mantienen en ella porque no cuentan con otra opción³³.

Además la situación de pobreza afecta a los países y a las personas de múltiples formas, entre ellas las oportunidades a la salud y la educación. Son las mujeres y los niños los grupos más vulnerables que sufren primero y con mayor grado los efectos desfavorables.

“...bueno señorita usted sabe que la vida está dura, no se puede conseguir trabajo, y esto te da dinero más rápido para cualquier urgencia que uno tenga, ya me hice a esto... luego cuando ya no tenga clientes ya veré que hacer...” (Flora-secundaria incompleta, madre soltera-2 hijos)

La baja educación y la falta de formación profesional no les permite acceder un trabajo normalizado como consecuencia provoca desempleo o subempleo, bajos ingresos, insatisfacción de sus derechos y una falta de acceso a servicios sociales para la familia.

Es por ello que la permanencia en esta actividad tiene que ver tanto con el hecho de ser ésta la fuente de ingresos más rápida, como con la percepción que cada mujer tenga acerca de sí misma y de sus posibilidades de realizar otra actividad laboral. Más aun, cuando no hay una formación o experiencia laboral previa. Esta percepción suele verse distorsionada por el estigma asociado al ejercicio de la prostitución que no desaparece con el abandono de la misma³¹.

“...hay, yo estaré en esto hasta donde me dé el cuerpo jajaja... y después me mantendrán mis hijos, pues tienen que darme algo por sacarme el lancho por ellos...” (Estrella-secundaria incompleta)

Por ser ésta una actividad en la que el cuerpo y la presencia física tienen una gran importancia, la edad es un factor condicionante de la misma. De ahí que si los planes de temporalidad van fallando, la mayoría de las mujeres planteen una limitación en su permanencia en relación a la edad³¹.

CAPITULO V

CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

CONSIDERACIONES FINALES

Después de realizar el análisis temático de las categorías y subcategorías el estudio de caso evidencia las siguientes consideraciones finales:

- En las trabajadoras sexuales; se encuentran alterado su oxigenación por el entorno en que laboran, ya que son habitaciones con poca ventilación, poca iluminación y al estar expuestas al humo del cigarrillo.
- Con respecto a su alimentación, las trabajadoras sexuales se encuentra alterado por déficit o exceso de calorías, pero a la vez se ve influenciada por el grado de instrucción ya que, ya que prefieren cocinarse ellas misma en su departamento a diferencia de las que tienen pocos estudios, se exponen al comer menús del mercado y eso nos lleva a pensar que tienen mayor riesgo a exponerse a infecciones gástricas u otras enfermedades.
- Las trabajadoras sexuales se encuentran alterado el autocuidado de su descanso y sus horas de sueño, por la modalidad de trabajo y por la carga familiar que poseen.
- Las trabajadoras sexuales en sus prácticas de autocuidado para evitar infecciones son insuficientes, pues limitan el aseo personal a solo el lavado de manos y el uso de alcohol en gel, y además como otra medida asisten a un control sanitario que llevan con regularidad, sin embargo este solo se limita a la función sexual.

- La prostitución a las mujeres en estudio las obliga a mantener oculta su actividad por temor a que su familia y entorno social se enteren y a la vez evitan la exposición para no ser reconocidas y enfrentar un rechazo estigmatizante.
- Las trabajadoras sexuales forman un autoconcepto de minusvalía al percibir el rechazo social y ello las hace más vulnerables a la exclusión, discriminación, sentimientos de inferioridad e insatisfacción en sus relaciones interpersonales con la sociedad en conjunto, pues solo se limitan a desarrollar lazos amicales con personas de su mismo entorno.
- Las mujeres en estudio consideran a la prostitución como una alternativa rápida de obtener dinero, y se mantienen en ella porque no cuentan con otra opción y no planean un cambio de actividad; asimismo algunas mujeres lo consideran como algo temporal y circunstancial y son capaces de proyectarse al futuro que ya no tiene nada que ver con el mundo de la prostitución.

RECOMENDACIONES

- A las trabajadoras sexuales, que se involucren aún más en su control de salud a fin de cubrir sus necesidades de salud asimismo mejorar sus prácticas de autocuidado.
- Al Ministerio de Salud, que en el programa de PROCETS, forme parte del equipo la Enfermera por ser un profesional capacitado en la dimensión holística del cuidado que es lo que necesitan las trabajadoras sexuales para mejorar sus prácticas de Autocuidado y no solo en la dimensión sexual,
- A la Facultad de Enfermería se le recomienda impulsar nuevas líneas de investigación, relacionadas con la sexualidad
- A las instituciones privadas dentro de ellas a IMPARES se les recomienda que siga fortaleciendo los programas de educación de sexualidad para las trabajadoras sexuales, como un soporte emocional y físico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos J. La vida en la antigua Roma. Arqueohistoria. [Web en Línea] 2013. [Fecha de acceso: 06 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://arqueohistoria.com/prostitutas-y-prostitutos-en-la-roma-antigua-14005>.
2. Ministerio de educación. lineamientos educativos y orientadores pedagógicos para la educación sexual integral. Vol 1. 3ª ed. Perú: Emdecosege S.A; 2009
3. Fernández I. La zona rosa. [Web en Línea] 2013. [Fecha de acceso: 06 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://peru21.pe/noticia/753684/zona-rosa-requiere-debate-serio>.
4. Foro de la sociedad civil en salud. Guía fortalecimiento de capacidades para la vigilancia ciudadana de la calidad de los servicios de salud, con énfasis en salud de la mujer. 1ª Ed. Lima.2012. Sesión2.Pag25.
5. Ministerio de Salud. Infecciones de Transmisión Sexual. [Web en Línea] 2014. [Fecha de acceso: 06 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/>.
6. Instituto nacional de estadística e informática. Encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES nacional y departamental. [Web en Línea] Perú. 2003. [Fecha de acceso: 06 de Abril de 2014]. URL disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/Libro.pdf.
7. Salazar X, Silva A. Informe final de mapeo y encuesta socio demográfica del trabajo sexual en cuatro ciudades del Perú. [Web en Línea] 2009. [Fecha de acceso: 06 de Abril de 2014]. URL disponible en:

<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/IESSDEH-Informe-Mapeo-Encuesta-Trabajo-Sexual.pdf>

8. Ministerio de salud-dirección general de epidemiología. Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. [Web en Línea] Lima. 2013. [Fecha de acceso: 06 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/ASISVIH2013.pdf>.
9. Bustos S, Iglesias Q, Aguayo G y Kishimoto G. Prácticas sexuales en trabajadoras sexuales del área rural del occidente de México. [Web en Línea] 2010. [Fecha de acceso: 06 de Abril de 2014]. URL disponible en: http://www.idefiperu.org/MPANRO4/41_P27-32%20Orig4Bustos.pdf.
10. Adalgiza A, Canaval E. Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud. [Web en Línea] 2005. [Fecha de acceso: 06 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc05054>
11. Araujo S, Coronel F, Suclupe S, Torres C. y Farro G. Efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimientos sobre prácticas sanitarias en trabajadoras sexuales. [Web en Línea] Lima. 2010. [Fecha de acceso: 06 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/rev20125.2/VOL32/educativas.pdf>
12. Brindo I. Autocuidado de la salud. [Web en Línea] 2013. [Fecha de acceso: 06 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://sos-mama.com/docequince/salud/910-autocuidado-de-la-salud-y-adolescencia.html>.

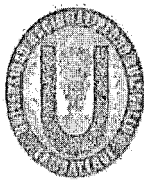
13. Marriner T. Modelos y Teorías en Enfermería (pg. 265-276). España. Editorial: Elsevier; 2011.
14. Pereda M. Teoría del auto cuidado de Orem. [Web en Línea] 2010. [Fecha de acceso: 06 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>
15. Uribe T. El auto cuidado y su papel en la promoción de la salud. [Web en Línea] 2004. [Fecha de acceso: 06 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>.
16. Velásquez S. Sexualidad responsable. [Web en Línea] 2010. Disponible en <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES44.pdf> [Consultado el 06/04/2014]
17. Wardlow, H. Prostitución. [Web en Línea] 2004. [Fecha de acceso: 06 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://www.fcs.edu.uy/archivos/RevCienSoc%2029-8.pdf>
18. Wardlow, H. Trabajo sexual. [Web en Línea] 2004. [Fecha de acceso: 06 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://www.fcs.edu.uy/archivos/RevCienSoc%2029-8.pdf>.
19. Baralt, J. Memorias del 1er. congreso dominicano trabajadoras sexuales. [Web en Línea] 2003. [Fecha de acceso: 06 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://es.scribd.com/doc/24356725/Causas-y-Consecuencias-de-la-Prostitucion>.

20. Polit H. Investigación científica en ciencias de la salud. Mc Graw Hill. Interamericana. México. 2000.
21. Manga Lüdke E Markie. D. A. André. Pesquisa em educação. Abordagem qualitativa. São Pablo, Brasil. 2005.
22. Tamayo M. El proceso de la investigación científica. Limusa. 4 ed. México. 2002.
23. Guba y Lincoln YS. Effective Evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. San Francisco. 1981
24. Boeree G & Gautier R. La pirámide de necesidades de Abraham Maslow. 2010. [Fecha de acceso: 15 de Agosto de 2015]. URL disponible en: <http://webpace.ship.edu/cgboer/maslowesp.html>.
25. James & Mann. Traducción promoviendo sexo más seguro en público en general. [Web en Línea]. [Fecha de acceso: 06 de Abril de 2014]. URL Disponible: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/facenf/issue/viewFile/88/141>
26. Fundamentos. Florence Nightingale. [Web en Línea] 2012. [Fecha de acceso: 20 de mayo de 2015]. URL disponible en: <http://es.slideshare.net/reynerroberto/florence-nightingale-teora-del-entorno>.
27. Potter, Patricia 2002. Fundamentos de Enfermería. 5ta ed. Madrid Harcourt – Brace.
28. El Correo. ¿Cuántas calorías se queman durante el sexo? [Web en Línea] 2004. [Fecha de acceso: 20 de agosto de 2015]. URL disponible en:

<http://www.elcorreo.com/bizkaia/sociedad/201410/07/cuantas-calorias-queman-durante-20141007235024.html>

29. Organización mundial de salud. Índice de masa corporal. [Web en Línea] [Fecha de acceso: 20 de mayo de 2014]. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
30. Kozier B, Erb G, Olivieri R. 1993. Vol. I. 4ª edición. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid.
31. Barbat. T. prostitución y exclusión social. [Web en Línea] [Fecha de acceso: 20 de mayo de 2014]. URL disponible en: www.terceracultura.net/tc/media/PF
32. Murillo MJ. Trabajadoras del sexo. Testimonios y comentarios. Corporación para la Investigación en Comportamiento Humano. Palmira: Litotoma Ltda; [Web en Línea] 1996. [Fecha de acceso: 20 de mayo de 2015]. URL
33. Millán R. Problemática del ejercicio del comercio sexual y del funcionamiento de establecimientos mercantiles: Giros Negros; [Web en Línea] México. 1998. [Fecha de acceso: 20 de mayo de 2014]. URL disponible en:
34. Goffman E. Estigma: la identidad deteriorada. [Web en Línea] 2005. [Fecha de acceso: 20 de mayo de 2014]. URL disponible en: <http://gepibbalears.files.wordpress.com/2012/03/apdha.pdf>.
35. Hanneth A. La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales. Barcelona: Grijalbo; 1997.

ANEXOS



ANEXO N° 01

UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Consentimiento Informado

Yo _____ el abajo firmante declaro que acepto participar en la investigación: Estudio de Caso PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN LA SALUD DE Trabajad----- realizada por las estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Aracelly Lisbeth Gómez Ojeda, Jessica Marleny Cubas Gamarra y María del Carmen Medina Santa Cruz, y asesoradas por la Mg. Chanamé Carretero Lucía, teniendo como objetivo: Analizar y comprender las prácticas de auto cuidado en la salud de las trabajadoras sexuales

Acepto participar de las entrevistas asumiendo que la información dada será solamente de conocimiento de la investigadora y de su asesora, quienes garantizan el secreto, respeto a mi privacidad. Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionados los nombres de los participantes, al contrario las respuestas serán codificadas usando un seudónimo, garantizándole así su derecho a la intimidad, autonomía e imagen personal, teniendo libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere algún perjuicio y/o gasto.

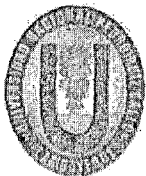
Sé que de tener dudas sobre mi participación podré aclararlas con la investigadora. Por último declaro que después de las aclaraciones convenientemente realizadas consiento participar de la presente investigación.

Lambayeque, 2015.

 Firma de la Informante

 Firma de la Investigadora

ANEXO N° 02



UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA



ENTREVISTA ABIERTA A PROFUNDIDAD DIRIGIDO A
TRABAJADORAS SEXUALES

Propósito: Analizar y comprender las prácticas de autocuidado de la salud de las trabajadoras sexuales Lambayeque 2015.

DATOS GENERALES

Seudónimo: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Tiempo de trabajo: _____ Grado de instrucción: _____

Domicilio: _____

DATOS ESPECÍFICOS

¿Cómo se cuida usted para mantener en equilibrio su salud?