

**Erotofobia-erotofilia, asertividad sexual y deseo sexual de las mujeres inmigrantes  
que ejercen la prostitución**

**Erotophobia-erotophilia, assertiveness sexual, and sexual desire of immigrant  
prostitute women**

Andrea Blanc, Antonio José Rojas, Pablo Sayans-Jiménez

Departamento de Psicología, Universidad de Almería, España

Parte de esta investigación se ha realizado gracias a la financiación del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte para la Formación de Profesorado Universitario (Programa Estatal de Promoción del Talento y su Empleabilidad) adjudicado en concurso público en 2014.

Para correspondencia:

Andrea Blanc Molina

+34 950 015947

[abm769@ual.es](mailto:abm769@ual.es)

Departamento de Psicología

Universidad de Almería

04120 Almería. España

# **Erotofobia-erotofilia, asertividad sexual y deseo sexual de las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución**

## **Resumen**

**Objetivo:** El objetivo de este trabajo ha sido analizar la erotofobia-erotofilia (E-E), la asertividad sexual (AS) y el deseo sexual (DS), tanto diádico (DSD) como solitario (DSS), de mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución; así como compararlos con una muestra de mujeres inmigrantes y otra de mujeres españolas que no se dedican a la prostitución.

**Material y método:** Se contó con tres muestras seleccionadas de forma incidental: 56 mujeres inmigrantes que ejercían la prostitución, 62 mujeres inmigrantes y 72 mujeres españolas. Se les aplicó el Sexual Opinion Survey, el Sexual Desire Inventory y el Hurlbert Index of Sexual Assertiveness adaptadas a los objetivos del estudio.

**Resultados:** Los resultados muestran correlaciones positivas y significativas entre todas las variables en cada una de las muestras, excepto en algunas variables para mujeres prostitutas. Las puntuaciones medias de las mujeres prostitutas inmigrantes y las mujeres inmigrantes están más próximas al polo negativo (erotofobia) y poseen menos AS que las españolas.

**Conclusiones:** Los resultados se discuten a la luz de otros estudios y se propone incluir en los programas de prevención de conductas sexuales de riesgo destinados a inmigrantes el entrenamiento en asertividad sexual.

**Palabras claves:** erotofobia-erotofilia; asertividad sexual; deseo sexual; prostitutas; inmigrantes.

## **Erotophobia-erotophilia, assertiveness sexual, and sexual desire of immigrant prostitute women**

### **Abstract**

**Aim:** The aim of the study was to analyze the erotophobia-erotophilia (E-E), sexual assertiveness (SA) and sexual desire (SD), both dyadic (DSD) and solitary (SSD), of immigrant prostitute women, as well as compare them with a sample of immigrant women and another one of Spanish women not engaged in prostitution.

**Material and method:** The sample was composed of 56 immigrant prostitute women, 62 immigrant women and 72 Spanish women. Sexual Opinion Survey, Sexual Desire Inventory and Hurlbert Index of Sexual Assertiveness were applied, adapted to the objectives of research.

**Results:** The results show significant positive correlations between all the variables in each of the samples, except for some variables for prostitutes. The mean scores of immigrant prostitute women and immigrant women are closer to erotophobia (negative pole) and have less sexual assertiveness than Spanish women.

**Conclusions:** The results are discussed taking into account other studies and to include training programs on sexual assertiveness aimed at immigrants is proposed.

**Key words:** erotophobia-erotophilia; sexual assertiveness; sexual desire; prostitutes; immigrants.

## Introducción

El constructo erotofobia-erotofilia (E-E) hace referencia a la tendencia aprendida a responder ante estímulos sexuales a lo largo de un continuo bipolar, que se extiende desde un polo negativo (erotofobia) hacia otro polo positivo (erotofilia) de afecto y evaluación<sup>1</sup>. Las personas más próximas al polo positivo muestran emociones y evaluaciones más favorables ante la estimulación sexual que les conducen a una mayor búsqueda de estímulos sexuales<sup>1</sup>.

El constructo E-E se ha relacionado con dos áreas importantes de la salud sexual: el funcionamiento sexual y las conductas sexuales de riesgo<sup>2</sup>. En relación al funcionamiento sexual, se ha encontrado que las personas más cerca del polo positivo del continuo E-E (erotofilia) poseen mayor deseo sexual (DS)<sup>3,4</sup>, mayores fantasías sexuales<sup>5</sup>, menor culpa sexual<sup>6</sup>, más interés sexual, más actividad sexual<sup>7</sup> y están más satisfechas sexualmente<sup>8</sup>. En cuanto al área de las conductas sexuales de riesgo, se ha hallado que las personas más próximas al polo positivo del continuo E-E (erotofilia) prestan más atención, procesan y recuerdan más información sexual o contraceptiva, adoptan en mayor medida métodos anticonceptivos, tienen mayor capacidad para hablar con su pareja sobre el tema de la sexualidad en general y en concreto de las prácticas anticonceptivas y usan de forma más consistente los métodos anticonceptivos, que las próximas al polo negativo (erotofobia)<sup>1</sup>.

Al igual que el constructo E-E, Santos-Iglesias y Sierra<sup>9</sup> señalaron que la asertividad sexual (AS) también se relaciona con aspectos de la salud sexual, entre ellos el funcionamiento sexual y las conductas sexuales de riesgo. El estudio de la AS muestra que es una variable de gran relevancia en la experiencia de una vida sexual saludable, definiéndose como la habilidad para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada y negociar las conductas sexuales deseadas como el uso de métodos anticonceptivos<sup>10</sup>.

Del mismo modo que ocurre con la E-E, se ha hallado que las personas más asertivas sexualmente tienen más DS<sup>4</sup>, más actividad sexual y mayor satisfacción sexual<sup>8,11</sup>. Con respecto a las conductas sexuales de riesgo, se ha encontrado que la AS funciona como un factor de protección ante las mismas, relacionándose una alta AS con el uso del preservativo<sup>12,13,14</sup> con

la intención de utilizarlo<sup>14</sup>, así como con una actitud positiva hacia él<sup>15</sup>. La baja AS se asocia con mayor riesgo de contagio por VIH<sup>16</sup>, mayor número de parejas sexuales<sup>17</sup> y uso inconsistente de mecanismos de control de embarazo<sup>18</sup>. Como muestran las citadas investigaciones, dentro del área del funcionamiento sexual, tanto el constructo E-E como la AS, guardan relación con el DS<sup>3,4</sup>.

El concepto de DS ha sido tratado desde distintas ópticas, lo que ha dado lugar a considerar distintos tipos de deseo (p.e., centrado en el objeto o no) y muy ligado a su disfunción (en términos de disminución de fantasías/pensamientos sexuales y deseos de actividad sexual)<sup>19</sup>. En el presente estudio se entiende que el DS se compone del deseo sexual diádico (DSD) y del deseo sexual solitario (DSS)<sup>20</sup>. El DSD hace referencia al interés en iniciar o mantener actividades sexuales con otra persona y el DSS se refleja a partir de conductas autoeróticas. En varios estudios se ha encontrado que el constructo erotofilia correlaciona positivamente tanto con el DSD como con el DSS<sup>3,4</sup> y la AS con el DSD<sup>4</sup>.

En la literatura también predominan estudios que demuestran la relación entre el constructo E-E y la AS<sup>4,8,21,22</sup>. Las investigaciones donde se han medido estas variables se han centrado en población general<sup>4,8</sup> diferentes colectivos adolescentes<sup>6</sup>, personas mayores<sup>21</sup>, parejas con trastornos sexuales<sup>11</sup>, etc. Sin embargo, a pesar de que existen estudios donde se ha evidenciado la relación de la E-E y la AS con conductas sexuales de riesgo, no se ha tenido en consideración en mujeres que están expuestas a mayores conductas sexuales de riesgo como son las mujeres que ejercen la prostitución. La mayoría de los estudios sobre conductas de riesgo en estas mujeres se han enfocado hacia el uso del preservativo<sup>23,24</sup> y la prevalencia e incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS)<sup>25,26</sup>. A las mujeres que se dedican a la prostitución se les ha asignado un papel importante en la transmisión de ITS<sup>27</sup>, aunque en los estudios llevados a cabo en los países occidentales la prevalencia ha sido baja, coincidiendo con el uso generalizado del preservativo en el ámbito laboral<sup>28</sup>. Por el contrario, en la esfera de las relaciones privadas es donde hay más probabilidad de infecciones por vía sexual, ya que es poco

frecuente el uso del preservativo<sup>26,28,29</sup>, asociándose el diagnóstico de ITS con el número de parejas sexual no comerciales<sup>30</sup>.

Debido a que en estudios anteriores se ha encontrado que las mujeres que ejercen la prostitución se encuentran expuestas a conductas sexuales de riesgo en el ámbito privado con sus parejas, el presente estudio pretende analizar la E-E y la AS, en este ámbito, de este colectivo de especial vulnerabilidad, ya que se ha hallado relación entre estas variables y las conductas sexuales de riesgo. Asimismo, se analizará el DS, tanto DSD como DSS, por su relevancia en el funcionamiento sexual y su relación con dichas variables. Además, se pretende comparar los valores de estas variables con una muestra de mujeres españolas y otra de mujeres inmigrantes para comprobar si existen valores diferenciales para las mujeres que ejercen la prostitución.

## **Material y método**

### *Participantes*

Se ha contado con una muestra de mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución. Para el estudio diferencial, se ha empleado una muestra de mujeres inmigrantes y otra de mujeres españolas (que no ejercen la prostitución). Todas las muestras fueron seleccionadas mediante muestreo incidental en las provincias de Almería y Alicante (España).

La muestra de mujeres inmigrantes que ejercían la prostitución estuvo constituida por 56 mujeres con edades comprendidas entre 20 y 51 años ( $M=29.80$ ;  $DT=7.24$ ). Su procedencia era diversa, siendo de países de Europa del Este (Rumanía 53.6%, Rusia 16.1%, Lituania 1.8% y Bulgaria 1.8%), Latinoamérica (Colombia 7.1%, Brasil 3.6%, República Dominicana 3.6%, Ecuador 1.8% y Venezuela 1.8%) y África (Marruecos 5.4%, Nigeria 1.8% y Guinea Ecuatorial 1.8%). El 50% tenía pareja. El 60.7% estaban solteras, el 21.4% casadas, 8.9% separadas y el 8.9% divorciadas. El 16.1% tenía estudios primarios, el 42.9% estudios secundarios, el 12.5% estudios de formación profesional y el 28.6% estudios universitarios. El 78.6% practicaba la prostitución en clubes, el 12.5% en la calle y el 8.9% en casas.

La muestra de las mujeres inmigrantes estuvo constituida por 62 mujeres con edades comprendidas entre 18 y 56 años ( $M=31.15$ ;  $DT=10.52$ ). Su procedencia era diversa, siendo de países de Europa (Rumanía 9.7%, Rusia 8.1%, Ucrania 4.8%, Lituania 4.8%, Alemania 4.8%, Italia 4.8%, Suiza 3.2%, Francia 1.6% e Irlanda 1.6%), Latinoamérica (Ecuador 17.7%, Colombia 11.3%, Argentina 6.5%, Brasil 3.2%, Bolivia 3.2%, Venezuela 1.6%, República Dominicana 1.6% y Chile 1.6%) y África (Marruecos 4.8%, Nigeria 1.6%, Senegal 1.6% y Guinea Ecuatorial 1.6%). El 75.8% tenía pareja. El 66.1% estaban solteras, el 24.2% casadas, 3.2% separadas y el 6.5% divorciadas. El 6.5% tenía estudios primarios, el 46.8% estudios secundarios, el 14.5% estudios de formación profesional y el 32.3% estudios universitarios.

La muestra de las mujeres españolas estuvo formada por 72 participantes procedentes principalmente de las provincias de Alicante y Almería, seleccionadas considerando que las variables edad, nivel de estudios y estado civil estuviera lo más equilibrada con las muestras de prostitutas e inmigrantes. Sus edades oscilaban entre 18 y 55 años ( $M=32.19$ ;  $DT=32.19$ ). El 77.8% tenía pareja. El 50% estaban solteras, el 30.6% casadas, 5.6% separadas y el 13.9% divorciadas. El 11.1% tenía estudios primarios, el 40.3% estudios secundarios, el 13.9% estudios de formación profesional y el 34.7% estudios universitarios.

### *Instrumentos*

**Encuesta de Opinión Sexual (Sexual Opinion Survey, SOS<sup>1</sup>).** Se empleó la adaptación de Sierra, Ortega y Gutiérrez-Quintanilla<sup>31</sup>. Este instrumento está formado por 16 ítems con escala tipo Likert desde 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 7 (*totalmente de acuerdo*). La puntuación puede oscilar de 16 a 112, a mayor puntuación más cerca del polo positivo (erotofilia). El coeficiente de fiabilidad  $\alpha$  de Cronbach en el estudio de Sierra et al.<sup>31</sup> fue de .84.

**Inventario de Deseo Sexual (Sexual Desire Inventory, SDI<sup>20</sup>).** Se trabajó con la adaptación española de Ortega et al.<sup>32</sup>. El instrumento presenta una estructura bidimensional: DSD y DSS. Se trata de una escala formada por 13 ítems que evalúan el interés de una persona por la actividad sexual diádica (9 ítems) y solitaria (4 ítems). Las respuestas son tipo Likert desde 0 (*ningún deseo*) hasta 8 (*fuerte deseo*), excepto algunos que se puntúan según frecuencia

(desde *nunca* hasta *más de una vez al día*) e importancia (desde *nada importante* a *muy importante*). La puntuación de DSD puede oscilar de 0 a 70 y la de DSS de 0 a 31, a mayor puntuación mayor DS. Se modificó la redacción de los ítems para que el inventario lo pudieran cumplimentar las mujeres que no tenían pareja. Por ejemplo, la pregunta “¿con qué frecuencia le ha apetecido tener actividad sexual con su pareja?” se transformó en “¿con qué frecuencia le ha apetecido tener actividad sexual con una persona o con su pareja?”. En el estudio de Ortega et al.<sup>32</sup> el coeficiente de consistencia interna  $\alpha$  de Cronbach para DSD fue .87 y para DSS .88.

**Índice Hurlbert de Asertividad Sexual (Hurlbert Index of Sexual Assertiveness, HISA).** Se empleó la adaptación que llevaron a cabo Sierra et al.<sup>22</sup>. Este instrumento está formado por 25 ítems con escala tipo Likert desde 0 (siempre) a 4 (nunca). La puntuación puede oscilar de 0 a 100, a mayor puntuación mayor AS. Para que lo pudieran contestar las mujeres que no tenían pareja, se añadió a los ítems que lo requerían “*a mi antigua pareja*”. En el estudio llevado a cabo por Sierra et al.<sup>22</sup> el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach hallado fue de .90.

#### *Procedimiento*

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo de manera individual por los investigadores del estudio. Las mujeres que ejercían la prostitución se localizaron en clubes, casas y en la calle. Se acudió a 12 clubes situados en las provincias de Almería y Alicante. El resto de mujeres se localizaron en empresas, comercios, estaciones de autobuses, universidades, escuelas de idiomas, etc. A todas las mujeres se les explicó los objetivos del estudio y su anonimato y confidencialidad

#### *Análisis de datos*

En primer lugar se ha llevado a cabo un análisis de los estadísticos descriptivos de las puntuaciones de los instrumentos, y se ha estimado la fiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach y el procedimiento de dos mitades (con la corrección Spearman-Brown) en cada muestra. Posteriormente, para analizar las relaciones entre las variables medidas se han calculado los coeficientes de correlación de Pearson de las puntuaciones. Con el objetivo de comprobar si había diferencias significativas en las variables en función de la situación (mujeres

inmigrantes que ejercen la prostitución, mujeres inmigrantes y españolas) se ha realizado análisis de varianza (ANOVA) unifactorial con comparaciones a posteriori. Se han utilizado pruebas paramétricas debido a que las puntuaciones en todas las variables seguían una distribución normal y porque la diferencia en el tamaño de las varianzas de las puntuaciones de los grupos no se considera excesivamente grande. No obstante, debido a que en ocasiones la varianza mayor de las puntuaciones se corresponde con el grupo de menor tamaño, se ha realizado el contraste Games-Howell, específico para grupos de tamaño y varianzas desiguales. Por último, se ha calculado el tamaño del efecto mediante  $\eta^2$  cuadrado parcial y la potencia observada. Los datos han sido analizados con el paquete estadístico SPSS.

## **Resultados**

Los estadísticos descriptivos y los datos de la estimación de la fiabilidad de las variables medidas se encuentran en las Tabla 1. En la Figura 1 se muestran gráficamente los estadísticos descriptivos a través de diagramas de cajas. Para el constructo E-E, los coeficientes de fiabilidad estimados mediante el coeficiente alfa de Cronbach y mediante dos mitades son buenos. La media de las puntuaciones es superior en el caso de las mujeres españolas y la dispersión mayor en las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución.

Las puntuaciones en DS se dividen en DSD, DSS y DS total (DST). Los coeficientes de fiabilidad estimados mediante el coeficiente alfa de Cronbach y mediante dos mitades son buenos con la excepción del coeficiente alfa de Cronbach en DSD en las mujeres inmigrantes (alfa adecuado) y españolas (alfa por debajo del límite recomendado para este tipo de estudios). Pero considerando que los ítems no son completamente paralelos, el coeficiente alfa podría estar infraestimando el coeficiente de fiabilidad. Las medias tanto en DSD como DSS son mayores en las mujeres españolas, siendo las mujeres prostitutas las que presentan mayor variabilidad.

Los coeficientes de fiabilidad estimados para la medida de AS mediante el coeficiente alfa de Cronbach y mediante dos mitades son buenos, excepto la estimación mediante dos mitades para el grupo de españolas que fue adecuado. La media de las puntuaciones en AS es mayor en las mujeres españolas, siendo las puntuaciones de las mujeres inmigrantes las que reflejan mayor variabilidad.

Los coeficientes de correlación de Pearson (Tabla 2) muestran correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre todas las variables medidas en cada una de las muestras, oscilando entre .251 y .676. La única excepción se da en el caso de las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución donde no se encuentra correlación entre DSS y AS (.076), y siendo las correlaciones entre E-E y AS (.219) y E-E y DSD (.227) estadísticamente no significativas.

Los datos del ANOVA unifactorial para cada una de las variables se muestran en la Tabla 3. Existen diferencias estadísticamente significativas en las variables E-E, DST y AS en función de la situación de las mujeres. Respecto a la variable E-E, existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución y las españolas; y entre las inmigrantes y las españolas, situándose las mujeres españolas dentro del continuo E-E más cerca del polo positivo (erotofilia). En relación al DST, en las comparaciones a posteriori no se hallan diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de mujeres. Para la última variable, AS, existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución y españolas y entre las mujeres inmigrantes y españolas, siendo más asertivas sexualmente las mujeres españolas.

## **Discusión**

Los objetivos del presente estudio han sido analizar el constructo E-E, la AS y el DS de una muestra de mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución y compararlas con una muestra de mujeres españolas y otra de mujeres inmigrantes que no se dedican a la prostitución.

Los resultados hallados en el presente estudio apuntan en la misma dirección de otros realizados con diferentes muestras, donde correlacionaba la E-E y el DS (DSD y DSS)<sup>3,4</sup>, la E-E y la AS<sup>4,8,21,22</sup> y la AS y el DSD<sup>4</sup>, a excepción de la muestra de mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución donde la E-E y el DSD, y la E-E y la AS no correlacionan de forma significativa. Los resultados han mostrado que el grupo de mujeres inmigrantes que ejerce la prostitución se sitúa más cerca del polo negativo (erotofobia) en la dimensión E-E y es menos asertivo sexualmente que el grupo de mujeres españolas. Por tanto, el grupo de mujeres españolas mostrará más emociones y evaluaciones favorables ante la estimulación sexual que

les conducirán a mayor búsqueda de estímulos sexuales<sup>1</sup>. Asimismo, de acuerdo a lo evidenciado en estudios anteriores, se espera que el grupo de mujeres españolas lleve a cabo menores conductas sexuales de riesgo<sup>1</sup>, rechace más actividades sexuales que no desee y negocie las conductas sexuales que desee como el uso de anticonceptivos<sup>9</sup>. El que las mujeres que ejercen la prostitución se sitúen más cerca del polo negativo del constructo E-E podría deberse a que en el ámbito laboral están constantemente expuestas a estímulos sexuales y por ello se dé un proceso de habituación o incluso tengan respuestas más negativas hacia los mismos. Y el que sean menos asertivas en el ámbito de la sexualidad podría deberse al miedo al rechazo por parte de sus parejas. Estas mujeres por su condición se pueden sentir excluidas en la sociedad, ya que muestran relaciones de dependencia con sus parejas y poco apoyo social<sup>33</sup>. Por estas razones, es posible que en el ámbito privado no sean capaces de rechazar las actividades sexuales que no desean y negociar aquellas que desean por miedo a ser abandonadas.

Por otro lado, el grupo de mujeres inmigrantes que no se dedica a la prostitución también obtiene menores puntuaciones que el grupo de mujeres españolas en E-E y AS. Este último dato coincide con lo encontrado por Rickert, Sanghvi y Wiemann<sup>34</sup>, donde pertenecer a una minoría étnica se relacionaba con baja AS. El que las mujeres inmigrantes sean menos asertivas en el ámbito de la sexualidad que las mujeres españolas podría deberse también al miedo al rechazo por parte de sus parejas. Estas mujeres están inmersas en una cultura diferente donde establecen relaciones con personas de la cultura dominante y por miedo a ser excluidas podrían actuar en el ámbito sexual de forma pasiva. Las diferencias en la E-E entre las mujeres españolas e inmigrantes puede deberse al diferente contexto cultural donde han crecido. La educación recibida en los diferentes grupos de mujeres va a influir en las respuestas dadas a los estímulos sexuales. No en todas las culturas se vive la sexualidad de forma similar<sup>35</sup>.

En definitiva, con el presente estudio se ha evidenciado diferencias en la dimensión E-E y en AS entre las mujeres que participaron en la investigación. Tanto el grupo de mujeres inmigrantes que ejerce la prostitución como el que no ejerce, obtiene puntuaciones

significativamente inferiores que el grupo de españolas en ambas dimensiones. Estos resultados podrían ser de gran utilidad ya que podrían indicar la necesidad de prestar una mayor atención a variables como la E-E y la AS en los programas destinados a trabajar con colectivos de mujeres inmigrantes y mujeres que ejercen la prostitución (p.e., programas de prevención de conductas sexuales de riesgo).

Este estudio tiene como limitación que la selección de la muestra ha sido no aleatoria, debido fundamentalmente a la dificultad de accesibilidad a la muestra de mujeres que ejercen la prostitución. En investigaciones futuras sería relevante estudiar estas mismas variables (E-E, AS y DS), pero comparando a mujeres españolas con mujeres españolas que ejercen la prostitución, con la finalidad de indagar en qué medida ejercer la prostitución es un factor de riesgo frente a conductas sexuales, ya que en la presente investigación no se ha encontrado diferencias entre el grupo de mujeres inmigrantes que ejerce la prostitución y el grupo de mujeres inmigrantes que no ejerce. Asimismo, se podrían desarrollar modelos estructurales que permitiesen identificar las variables que pueden ser las principales causantes de las diferencias entre los grupos de mujeres.

### **Bibliografía**

1. Fisher WA, Byrne D, White LA, Kelley K. Erotophobia-erotophilia as a dimensión of personality. *J Sex Res.* 1988;25:123-51.
2. Vallejo-Medina P, Reina M, Sierra JC. Propuesta y validación de una versión breve del Sexual Opinion Survey en población española. *Rev Int Androl.* 2013;12:1-8.
3. Zubeidat I, Ortega V, Del Villar C. y Sierra JC. Un estudio sobre la implicación de las actitudes y fantasías sexuales en el deseo sexual de los adolescentes. *Cuad Med Psicosom Psiquiatr.* 2003;67:71-78.
4. Santos-Iglesias P, Sierra JC, Vallejo-Medina P. Predictors of sexual assertiveness: The role of sexual desire, arousal, attitudes, and partner abuse. *Arch Sex Behav.* 2013;42:1043-52.
5. Biyona JM, Critelli, JW, Clark, MJ. Women's rape fantasies: An empirical evaluation of the major explanations. *Arch Sex Behav.* 2012;41:1107-19.

6. Sierra JC, Perla F, Santos-Iglesias P. Culpabilidad sexual en jóvenes: influencia de las actitudes y la experiencia sexual. *Rev Lat Psicol.* 2011;43:73-81.
7. Lemer JL, Blodgett Salafia EH, Benson KE. The relationship between college women's sexual attitudes and sexual activity: The mediating role of body image. *Int J Sex Health.* 2013;25: 204-14.
8. Sánchez-Fuentes MM, Salinas JM, Sierra JC. Use of an ecological model to study sexual satisfaction in a heterosexual Spanish sample. *Arch Sex Behav.* 2016. En prensa, <http://link.springer.com/article/10.1007/s10508-016-0703-9>.
9. Santos-Iglesias P, Sierra JC. El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *Int J Clin Health Psychol.* 2010;10:553-77.
10. Morokoff PJ, Quina K, Harlow LL, Whitmire L, Grimley DM, et al. Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *J Pers Soc Psychol.* 1997;73:790-804.
11. Leclerc B, Bergeron S, Brassard A, Bélanger C, Steben M, Lambert B. Attachment, sexual assertiveness, and sexual outcomes in women with provoked vestibulodynia and their partners: A mediation model. *Arch Sex Behav.* 2015;44:1561-72.
12. Morokoff PJ, Redding CA, Harlow LL, Cho S, Rossi JS, Meier KS, et al. Associations of sexual victimization, depression, and sexual assertiveness with unprotected sex: A test of multifaceted model of HIV risk across gender. *J Appl Biobehav Res.* 2009;14:30-54.
13. Weinstein RB, Walsh JL, Ward LM. Testing a new measure of sexual health knowledge and its connections to students' sex education, communication, confidence, and condom use. *Int J Sex Health.* 2008;20:212-21.
14. Asante KO, Osafo J, Doku PN. The role of condom use self-efficacy on intended and actual condom use among university students in Ghana. *J Community Health.* 2016;41:97-104.
15. Zamboni BD, Crawford I, Williams PG. Examining communication and assertiveness as predictors of condom use: Implications for HIV prevention. *AIDS Educ Prev.* 2000;12:492-504.
16. Kennedy BR, Jenkins CC. Promoting African American women and sexual assertiveness in reducing HIV/AIDS: an analytical review of the research literature. *J Cult Divers.* 2011;18:142-49.

17. Auslander BA, Perfect MM, Succop PA, Rosenthal SL. Perceptions of sexual assertiveness among adolescent girls: Initiation, refusal, and use of protective behaviors. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007;20:157-62.
18. Snell WE, Wooldridge DG. Sexual awareness: Contraception, sexual behaviors and sexual attitudes. *Sex Marital Ther.* 1998;13:191-99.
19. Cabello F. *Manual de sexología y terapia sexual.* Madrid: Síntesis; 2010.
20. Spector IP, Carey MP, Steinberg L. The Sexual Desire Inventory: Development, factor structure, and evidence of reliability. *J Sex Marital Ther.* 1996;22:175-90.
21. Sierra JC, Vallejo-Medina P, Santos-Iglesias P, Moyano N, Granados MR, Sánchez-Fuentes MM. Funcionamiento sexual en personas mayores: influencia de la edad y de factores psicosexuales. *Rev Int Androl.* 2014;12:64-70.
22. Sierra JC, Santos P, Gutiérrez-Quintanilla JR, Gómez P, Maeso MD. Un estudio psicométrico del Hurlbert Index of Sexual Assertiveness en mujeres hispanas. *Ter Psicol.* 2008;26:117-23.
23. Safika I, Levy JA, Johnson TP. Sex work venue and condom use among female sex workers in Senggigi, Indonesia. *Cult Health Sex.* 2013;15:598-613.
24. Vejella S, Patel SK, Saggurti N, Prabhakar P. Community collectivization and consistent condom use among female sex workers in Southern India: Evidence from two rounds of behavioral tracking surveys. *AIDS Behav.* 2016;20:776-87.
25. Fan YG, Liu JJ, Zhang YJ, Dai SY, Li MQ, Ye DQ. HIV, other sexually transmitted infections, and risk behaviors among female sex workers in Liuzhou, China. *Int J of Gynecol Obstet.* 2015;128:18-22.
26. López-Olmos J, Terrádez JJ, Gasull J. Prostitutas: infecciones vaginales y lesiones cervicales en la citología cervicovaginal. *Clin Invest Ginecol Obstet,* 2009;36:194-202.
27. Day S, Ward H. Sex workers and the control of sexually transmitted disease. *Genitourin Med.* 1997;73:161-168.

28. Belza MJ, Clavo P, Ballesteros J, Menéndez B, Castilla J, Sanz S, et al. . Condiciones sociolaborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. *Gac Sanit.* 2004;18:177-83.
29. Deering KN, Shaw SY, Thompson LH, Ramanaik S, Raghavendra T, Doddamane M, et al. Fertility intentions, power relations and condom use within intimate and other non-paying partnerships of women in sex work in Bagalkot District, South India. *AIDS Care.* 2015;27:1241-49.
30. Ward H, Day S, Weber J. Risky business: health and safety in the sex industry over a 9 year period. *STD.* 1999;75:340-43.
31. Sierra JC, Ortega V. y Gutiérrez-Quintanilla JR. Encuesta de Opinión Sexual: fiabilidad, validez y datos normativos en una versión reducida en muestras salvadoreñas. *RMP.* 2008;25:125-31.
32. Ortega V, Zubeidat I, Sierra JC. Futher examination of measurement properties of Spanish versión of the Sexual Desire Inventory with undergraduates and adolescent students. *Psychol Rep.* 2006;99:147-65.
33. Ríos A. Female migration and health in different prostitution scenarios in the province of Almeria, Spain. *Procedia-Social and Behavioral Sciences.* 2014;132:582-88.
34. Rickert VI, Sanghvi R, Wiemann CM. Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern? *Perspect Sex Reprod Health.* 2002;34:178-83.
35. Álvarez-Nieto C, Pastor-Moreno G, Grande-Gascón ML, Linares-Abad M. Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: A quality study. *Reprod Health.* 2015;12:79.

**Tabla 1.** Estadísticos Descriptivos, coeficiente  $\alpha$  de Cronbach y Spearman-Brown de las puntuaciones del SOS, SDI e HISA para cada grupo de mujeres.

<b>Instrumentos</b>	<b>Muestra</b>	<b>Media</b>	<b>D.T.</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Asimetría</b>	<b>Curtosis</b>	<b>Coeficiente <math>\alpha</math></b>	<b>Spearman-Brown</b>
<i>Sexual Opinion Survey (SOS)</i>	Prostitutas	73.18	19.56	28	107	-0.196	-0.470	.877	.924
	<b>E-E</b> Inmigrantes	78.40	18.14	30	108	-0.534	-0.350	.899	.907
	Españolas	89.15	11.13	58	107	-0.344	-0.313	.801	.863
	<b>DSD</b>	47.07	14.42	0	70	-1.087	1.483	.837	.892
	<b>DSS</b> Prostitutas	10.52	10.26	0	31	0.549	-1.081	.909	.882
	<b>DST</b>	57.59	20.06	6	100	-0.250	0.253		
<i>Sexual Desire Inventory (IDS)</i>	<b>DSD</b>	47.00	10.26	24	69	0.010	-0.374	.717	.803
	<b>DSS</b> Inmigrantes	11.61	8.90	0	30	0.119	-1.181	.912	.914
	<b>DST</b>	58.61	15.93	24	99	0.238	-0.194		
	<b>DSD</b>	50.26	7.45	36	68	-0.048	-0.390	.642	.805
	<b>DSS</b> Españolas	14.08	8.70	0	29	-0.193	-0.845	.886	.868
	<b>DST</b>	64.35	13.93	36	94	0.233	-0.553		
<i>Hurlbert Index of Sexual Assertiveness (HISA)</i>	Prostitutas	69.42	15.28	26	94	-0.788	0.663	.822	.884
	<b>AS</b> Inmigrantes	69.45	16.43	33	96	-0.355	-0.754	.872	.813
	Españolas	77.42	13.20	45	99	-0.486	-0.514	.840	.762

*Nota.* E-E: Erotofobia-Erotofilia; DSD: Deseo sexual diádico; DSS: Deseo sexual solitario; DST: Deseo sexual total; AS: Asertividad sexual La puntuación del SOS oscila de 16 a 112. A mayor puntuación mayor actitud erotofílica. La puntuación del IDS oscila de 0 a 70, la de DSS de 0 a 31 y la de DST de 0 a 101. A mayor puntuación mayor DS. La puntuación del HISA oscila de 0 a 100. A mayor puntuación mayor AS.

**Tabla 2.** Correlaciones entre las puntuaciones en erotofobia-erotofilia, deseo sexual (diádico, solitario y total) y asertividad sexual.

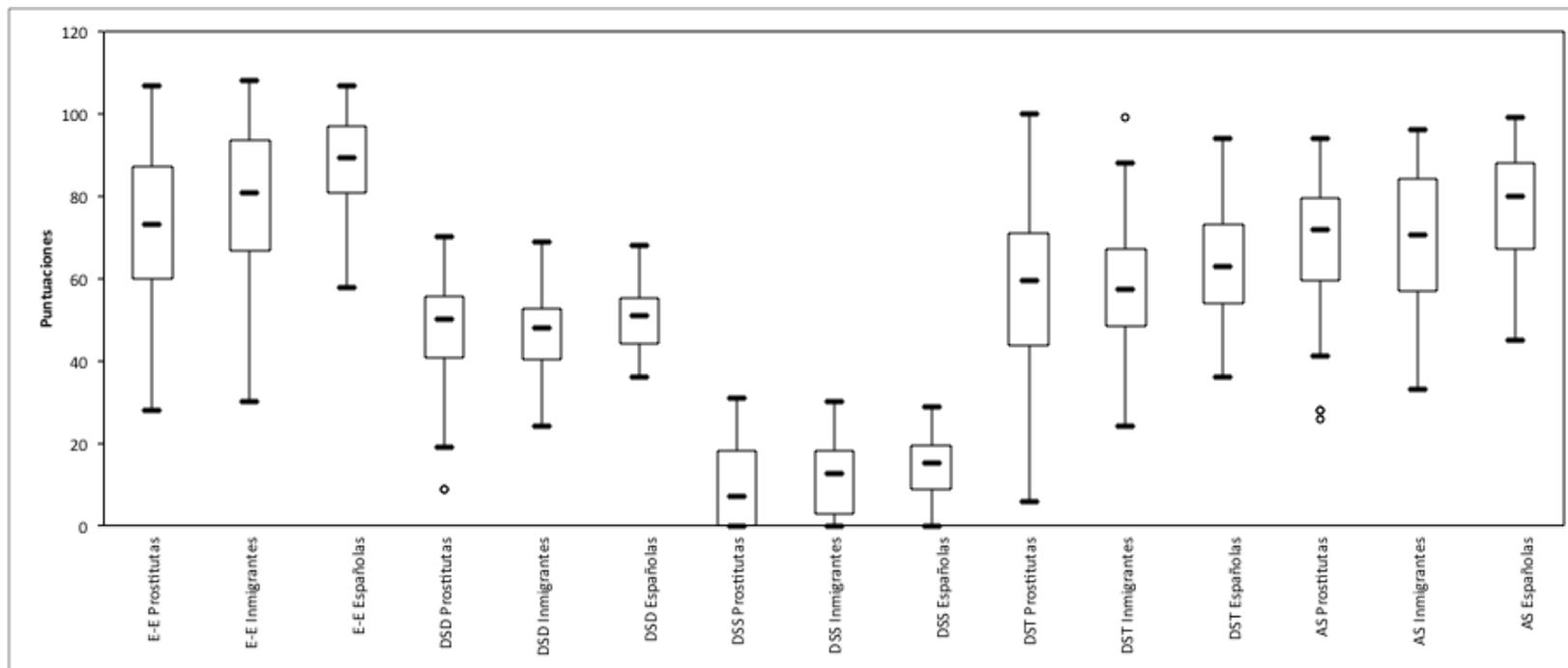
<b>Muestra</b>	<b>Prostitutas</b>		<b>Inmigrantes</b>		<b>Españolas</b>	
	<b>E-E</b>	<b>AS</b>	<b>E-E</b>	<b>AS</b>	<b>E-E</b>	<b>AS</b>
<b>E-E</b>	-	.219	-	.497**	-	.475**
<b>DSD</b>	.227	.495**	.433**	.339**	.418**	.402**
<b>DSS</b>	.495**	.076	.676**	.513**	.496**	.251*
<b>DST</b>	.417**	.398**	.657**	.501**	.539**	.372**

*Nota.* \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; E-E: Erotofobia-Erotofilia; DSD: Deseo sexual diádico; DSS: Deseo sexual solitario; DST: Deseo sexual total; AS: Asertividad sexual.

**Tabla 3.** Resumen de ANOVA de un factor para cada variable y contrastes a posteriori en función del grupo de mujeres.

<i>ANOVA de un factor</i>			<i>Contrastes a posteriori Games-Howell</i>					
	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Condiciones</i>	<i>Dif. Medias</i>	<i>Error Típico</i>	<i>Sig.</i>	<i>Eta al cuadrado parcial</i>	<i>Potencia Observada</i>
<i>Erotofobia-Erotofilia</i>	16.166***	.000	Prostitutas-Españolas	-15.974***	2.925	.000	.147	1.000
			Prostitutas-Inmigrantes	-5.225	3.484	.295		
			Inmigrantes-Españolas	-10.750***	2.651	.000		
<i>Deseo Sexual Diádico</i>	1.996	.139	Prostitutas-Españolas					
			Prostitutas-Inmigrantes					
			Inmigrantes-Españolas					
<i>Deseo Sexual Solitario</i>	2.542	.082	Prostitutas-Españolas					
			Prostitutas-Inmigrantes					
			Inmigrantes-Españolas					
<i>Deseo Sexual Total</i>	3.205*	.043	Prostitutas-Españolas	-6.758	3.143	.085		
			Prostitutas-Inmigrantes	-1.024	3.358	.950		
			Inmigrantes-Españolas	-5.734	2.605	.075		
<i>Asertividad Sexual</i>	6.344**	.002	Prostitutas-Españolas	-7.998**	2.265	.007	.065	.896
			Prostitutas-Inmigrantes	-0.032	2.957	1.000		
			Inmigrantes-Españolas	-7.967**	2.631	.009		

\*p< .05; \*\*p< .01; \*\*\*p<.001



**Figura 1.** Diagrama de caja de las variables por grupos.

*Nota.* E-E: Erotofobia-Erotofilia; DSD: Deseo sexual diádico; DSS: Deseo sexual solitario; DST: Deseo sexual total; AS: Asertividad sexual.