



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA
Facultad de Ciencias de la Salud

**ESTUDIO DE LA SALUD Y SATISFACCIÓN
SEXUAL PERCIBIDA EN MUJERES QUE
EJERCEN LA PROSTITUCIÓN Y MUJERES
TRANSEXUALES.**

Máster Oficial en Sexología
Curso académico 2010/2011
Trabajo Fin de Máster

Autora: Patricia Mesas Carreño
Tutora: Dra. Inmaculada Fernández Agis

Agradecimientos

En primer lugar expresar mi agradecimiento a Dña. Inmaculada Fernández Agis, tutora de este trabajo, y profesora del Máster de Sexología de la Universidad de Almería, por su importante aporte y participación en el desarrollo de esta investigación.

Debo de agradecer de manera especial, a ATA (Asociación de Transexuales de Andalucía), Cruz Roja, Proyecto Emaus – Adoratrices Almería, y a todas y cada una de las personas que han participado, ya que sin su aportación no hubiera sido posible este trabajo, por todo ello merecen las gracias.

A mi familia y pareja, por su infinita paciencia e inagotable apoyo.

Índice

Pág.

1. Introducción	4
1.1 Prostitución	12
1.1.1 Análisis de la realidad.....	15
1.1.2 Trata.....	16
1.1.3 Discursos Teóricos.....	17
1.1.4 Marco Legal.....	17
1.1.4.1 Marco Legal de la prostitución en España	
1.2 Transexualidad	25
1.2.1 Historia de la transexualidad.....	26
1.2.2 El conflicto personal y/o social.....	31
1.2.3 Cambios sociales.....	33
1.2.4 Situación social y jurídica en España.....	35
1.2.5 Proceso de Reasignación de Sexo.....	37
1.2.5.1 Requisitos para el tratamiento de reasignación de sexo	
1.2.5.2 Reversibilidad	
1.2.5.3 Efectos tratamiento hormonal	
1.3 Sexualidad	46
1.3.1 Sexualidad en mujeres que ejercen la prostitución.....	50
1.3.2 Sexualidad en mujeres transexuales.....	52
2. Justificación	57

3. Objetivos	58
3.1 Objetivo general	
3.2 Objetivos específicos	
4. Hipótesis	59
5. Metodología: materiales y métodos	61
5.1 Participantes.....	61
5.2 Instrumento.....	64
5.3 Procedimiento.....	65
5.4 Diseño del estudio.....	67
6. Análisis de datos y resultados	68
6.1 Análisis descriptivo de variables sociodemográficas.....	68
6.2 Análisis de la salud sexual por grupos.....	79
7. Discusión y conclusiones	97
8. Bibliografía	107
9. Anexos	114

1. Introducción:

La salud sexual de acuerdo con la Organización de la Mundial de la Salud se define como:

“La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la actividad sexual, de modo que resulten enriquecedores y contribuyan a mejorar la personalidad, la comunicación y el amor” (OMS, 1999)¹ o en su versión posterior y reducida: “Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente ausencia de enfermedad, disfunción o malestar” (OMS, 2002).

La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos" (OMS 2002)².

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad³.

Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia²".

Según Mace, Bannerman y Burton, el concepto de sexualidad sana incluye tres elementos básicos⁴:

1. La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, y para regularla de conformidad con una ética personal y social.
2. La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reacción sexual o perturben las relaciones sexuales.
3. La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.

Para que los servicios de salud preventivos y curativos satisfagan las necesidades de salud sexual son importantes, entre otros, los siguientes requisitos⁴:

- Información básica acerca de los aspectos biológicos y psicológicos del desarrollo sexual, la reproducción humana, la variedad del comportamiento sexual, la disfunción sexual y la enfermedad.
- Actitudes positivas hacia la sexualidad y posibilidad de discutir objetivamente las cuestiones sexuales.
- Personal capaz de examinar con comprensión y objetividad los problemas sexuales que se le expongan y de dar la información y el asesoramiento adecuados.

- Formación del personal de los servicios de salud en estas cuestiones.
- Conocimientos y recursos suficientes para abordar los complejos problemas de la sexualidad.

La salud sexual siempre ha estado ligada a la salud reproductiva, al menos desde el siglo XVII, pero desde el siglo XIX, la salud sexual se incluye como preocupación de la salud de los sujetos más allá de la función procreativa. Así lo oficializa y muestra la OMS desde los años 70 hasta la actualidad. Hoy en día “la salud sexual es una condición básica para la salud reproductiva pero va más allá de la reproducción y de las etapas de la vida en que esta se produce⁵⁷”. Así se habla de vida sexual y reproductiva y de acceso a servicios de salud para ambas.

En cualquier caso según la “Conferencia internacional sobre población y desarrollo”, la salud reproductiva «entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y de procrear con la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual».

Efectivamente, además de los problemas en la propia actividad o experiencia sexual tales como los problemas de deseo, excitación, orgasmo y dolor, y los de la identidad y orientación sexual, están en relación a la salud sexual importantes problemas derivados de la función sexual, como los embarazos no deseados, el aborto séptico y la infertilidad. También los problemas relativos a la higiene, como las ITS y sus recomendaciones epidemiológicas. Por otro lado, aquellos que tienen cierta relación con la sexualidad como la violencia contra las mujeres o la homofobia y las mutilaciones. También aquellos que afectan a la expresión sexual y las relaciones sexuales, como los de salud mental y las

enfermedades crónicas. Pero no olvidemos que el bienestar sexual está en especial relación a la satisfacción sexual, la intimidad y el placer sexual y podríamos añadir, tal como dice la definición de salud sexual a la comunicación y el crecimiento personal.

Por último, reseñar que la salud sexual, como dice el “Report of a Technical Consultation on Sexual Health” (OMS, 2002) tiene importantes implicaciones morales, económicas y sociales que van más allá de la atención de salud⁶.

Actualmente la sexualidad es considerada como algo positivo para el desarrollo del ser humano, como un elemento más que garantiza el bienestar y, por lo tanto, está relacionada con el concepto de salud, tal y como lo define la OMS.

Como ya hemos visto, el concepto de salud sexual es complejo, pero no siempre ha sido así, ya que hasta llegar a esta concepción de sexualidad, ha habido todo un proceso ideológico y social en el que se distinguen diferentes etapas:

Durante la era victoriana hasta principios del siglo XX, el afán por regular la sexualidad y hacerla secreta, consiguió que se asociara exclusivamente a los peligros sexuales, a la necesidad de controlar los instintos. Cada uno era responsable de vivir su sexualidad de forma saludable y practicando la contención, añadiendo también la vigilancia de todos los demás, el control social de lo adecuado y normal. En este tiempo, cualquier acto sexual que no tuviera como fin la reproducción se consideraba como “sexualidad anormal”.

Los primeros estudios científicos sobre sexualidad aparecieron en países occidentales en esta época, a finales del siglo XIX, principios del XX, cuando se desarrolló la cultura industrial y urbana y se extendieron las ideas liberales. Hasta ese momento la sexualidad era un tema completamente tabú, siendo impensable que se conformara una disciplina científica que la estudiara. Se puede decir que, hasta entonces, la sociedad no estaba preparada para escuchar determinadas cosas, la norma era reprimirla o negarla⁷.

Uno de los primeros autores que publicó un estudio sobre sexualidad fue Havelock Ellis (1859-1939), un médico y educador inglés que, rechazando las ideas victorianas en torno a la sexualidad, publicó en 1896 el primero de los volúmenes de su obra, titulada *Estudios sobre psicología del sexo*. A éste le siguieron otros seis volúmenes, publicados entre 1896 y 1928. Hasta entonces los estudios sobre sexualidad se basaban en casos clínicos o «desviaciones sexuales», que eran consideradas entonces la masturbación o la homosexualidad. Pero este autor utilizó un nuevo enfoque e hizo aportaciones innovadoras, que son hoy básicas en el estudio de la sexualidad. Un ejemplo de ello, está en su obra, en la cual él menciona que el deseo sexual es igual para hombres y mujeres⁷.

Otra de sus aportaciones fueron el derecho a la diversidad, planteando que no existe una única forma adecuada y normal de vivir la sexualidad; reconoció la existencia de la sexualidad infantil y su importancia en las etapas vitales posteriores; y también el deseo sexual y el placer en la mujer. De esta forma rompió uno de los mayores tabúes que siguen existiendo en la sociedad, la sexualidad femenina. Con el propósito que le movía: no perpetuar las falsas creencias y fomentar una actitud positiva hacia la sexualidad, consideró también muy importante la educación sexual en la infancia⁷.

En la misma época que Havelock Ellis, Sigmund Freud publicó una de las obras que más repercusión ha tenido en la concepción actual de la sexualidad: *Tres ensayos sobre teoría sexual* (1905). Muchas de las ideas centrales de Freud en torno a este tema están influidas por las aportaciones de Ellis.

Dentro de esta obra, las ideas que más interesan para profundizar en la sexualidad en la adolescencia, son las siguientes:

Para Freud la sexualidad es la fuerza motivadora de la conducta humana y en particular, de la conducta afectiva y social. Sufrimos una amnesia respecto a nuestro desarrollo sexual en la niñez, pero ésta deja una profunda huella en nuestra vida psíquica. Puede decirse que con Freud se inició el modernismo sexual, el que surgió en respuesta a las rígidas normas victorianas⁸.

Otro hito es el informe Kinsey publicado en los años 40, es asimismo relevante para el estudio de la sexualidad. Sus resultados mostraban, entre otras cosas, que la sexualidad del ser humano se manifestaba a lo largo de toda su vida, no exclusivamente en la pubertad; que las actividades homosexuales, incluso entre heterosexuales, eran más frecuentes de lo que se creía hasta entonces. Demostraban también que la idea tradicional del sexo exclusivamente matrimonial, no correspondía con los hábitos reales de la población, y que tanto las relaciones prematrimoniales como la masturbación, no son una excepción patológica o conductas de gente depravada (Centerwall, E., 2000)^{9, 10, 11}.

Mención especial merece el equipo formado por William Masters y Virginia Johnson, quienes partieron del hecho de que para conocer la sexualidad debería primero conocerse la anatomía y fisiología. “Respuesta Sexual Humana”, de donde surge la ya famosa curva de respuesta sexual, anotando que tanto hombres como mujeres tienen la misma capacidad de respuesta sexual y que el deseo sexual no desaparece con la menstruación, embarazo o menopausia¹².

Todas estas aportaciones teóricas en torno a la sexualidad han influido en la forma en que ésta se entiende actualmente. Hoy en día se le da gran importancia a la educación sexual, centrada en desmitificar la sexualidad, con el fin de prevenir los riesgos de los que hablan los artículos de prensa, principalmente: embarazos no deseados, interrupciones voluntarias de dichos embarazos e infecciones de transmisión sexual (ITS). Estos riesgos siguen siendo, al igual que en la época victoriana, un asunto de regulación estatal, en aquel entonces denominado de higiene pública.

En resumen, la sociedad actual, en general, tiene una mente mucho más abierta a estas ideas, sin embargo, aún, es necesario argumentar la importancia de la educación sexual en las escuelas, y todavía hoy, sigue siendo imprescindible que existan guías en las que se detallan las aportaciones que, ya hace un siglo, hizo Havelock Ellis⁷.

“Los problemas sexuales más peligrosos para el adolescente son la curiosidad insatisfecha, los tabúes mal entendidos y las actitudes de retraimiento de la vida sexual a las de una sobre-compensación. Estos parecen ser problemas bastante comunes de los adolescentes y a menudo también de los adultos en la mayoría de las sociedades civilizadas. Solo una educación sexual inteligente y franca remediará la situación existente”. Dierkens (1957).

Es necesario hacer un repaso sobre la sexualidad de la mujer, y como ha ido evolucionando, ya que antes del siglo XVIII, la sexualidad femenina era considerada peligrosa, voraz e insaciable, y debía ser prohibida en cualquier mujer decente.

En el siglo XX, la sexualidad femenina ha sido considerada, según los momentos, como peligrosa, como una fuente de enfermedades, como guardiana de la pureza moral o, a partir de los años sesenta, como el principal centro de atención en los debates sobre permisividad y liberación sexual. La sexualidad femenina se ha visto limitada por la dependencia económica y social, por el poder de los hombres para definir la sexualidad, por la institución matrimonial, por las cargas de la reproducción y por la amenaza de violencia contra las mujeres¹³.

Desde hace unos cuarenta años, las mujeres están tratando de redefinir su experiencia, sin dejar el monopolio del discurso a los “expertos”. Se ha pretendido ir más allá de la necesaria, pero no suficiente, reacción frente a las pautas sexistas, y hacerse las siguientes preguntas: ¿qué desean las mujeres? ¿qué experiencias o fantasías las limitan?. Se está trabajando por una sociedad libre de las desigualdades hombre/mujer, la homofobia y las distorsiones en los medios de comunicación, a fin de que la sexualidad femenina pueda ser una fuente de recreo, de juego, de pasión, de comunicación y energía. Los dos frentes se encuentran abiertos: el de lucha contra la violencia y la negación del placer femenino, y el de búsqueda de una voz sin intermediaciones que ofrezca un discurso basado en la propia experiencia y aspiraciones, en éste como en cualquier terreno en que la mujer haya estado silenciada durante toda su historia.

No son incompatibles, antes bien al contrario: la liberación no será posible mientras se cometa una sola agresión contra alguna mujer, pero la eliminación de la violencia no llegará mientras no se reconozca a las mujeres como seres activos y autónomos. No ha existido un lenguaje para la sexualidad femenina salvo en relación con la masculina¹⁴.

La liberación de la mujer emergió de las experiencias de una generación específicas de mujeres, aquellas que se hicieron mayores de edad entre, aproximadamente 1960 y 1970, y fueron las primeras mujeres estadounidenses en conseguir el acceso al control de la natalidad antes del matrimonio¹⁵. Como fenómeno correlativo se produjo una liberación de las actitudes ante el sexo en cuestiones como el control de la natalidad, el divorcio, el aborto, las relaciones pre y extra matrimoniales, la convivencia sin estar casados, la homosexualidad. Todo ello implica un reconocimiento del derecho de las mujeres a manifestar una sexualidad propia¹⁶.

Tras un breve encuadre histórico de la sexualidad, que nos ayuda a identificar nuestra herencia en la forma de pensar y vivir respecto a ella, creemos necesario, debido a la escasez de investigaciones realizadas, indagar en el modo de sentir y expresar la sexualidad, colectivos poco estudiados desde el punto de vista sexológico, como es el caso de mujeres que ejercen la prostitución ya que es el gran exponente de la prostitución, dejando al margen otro tipo de tipologías (prostitución masculina, infantil...), y mujeres transexuales, centrándonos en analizar y valorar la salud y satisfacción sexual con la cuál viven estos colectivos, y averiguar si hay diferencias entre las que mantienen relaciones estables, esporádicas o ambas en su dominio emocional y su respuesta sexual.

Antes de adentrarnos en uno de los temas que nos ocupa este estudio, debemos de decir que dentro de la historia de la sexualidad, encontramos la historia de la prostitución, cuyo conocimiento es imprescindible para acercarnos a una comprensión cada vez más fina y compleja de las realidades sociales en la mujer.

1.1 Prostitución

A la hora de definir el concepto de prostitución, las dificultades no surgen tanto para acotar el significado del concepto, sino de despojarlo de las connotaciones que muchas veces adquiere esa definición. A modo de ejemplo la Enciclopedia Británica define la prostitución como “Una actividad mediante la cual, una mujer está total o parcialmente dedicada a ofrecer su cuerpo a intercambios sexuales, a cambio de dinero o algún bien”.

Hecha la salvedad de considerar la prostitución como una actividad exclusivamente femenina, esta definición incluye algunos matices que por ejemplo no aparecen en la definición que se realiza de la misma en el diccionario de la R.A.E.¹⁷ (Real Academia Española) donde se define la prostitución como “Actividad a la que se dedica quien mantiene relaciones sexuales con otras a cambio de dinero”.

Son muchas las definiciones que se han dado sobre prostitución, nos inclinamos por aquellas que son sencillas, que dan cabida a la diversidad y no incorporan una interpretación ni juicio de valor. Teniendo en cuenta que en casi todas hay dos elementos coincidentes: sexo y dinero, nos quedamos con la de la OMS¹⁸ (Organización Mundial de la salud) que dice: “*actividad en la que una persona intercambia servicios sexuales a cambio de dinero o cualquier otro bien*”.

Hay que matizar que varias definiciones incluyen dos elementos más para poder considerar que ese intercambio es prostitución: por un lado que los actos sexuales sean frecuentes y por otro que exista como elemento característico un cierto número de personas con las cuales el acto se realiza.

Por tanto, teniendo en cuenta el contenido podemos concluir que la prostitución es una actividad, algo que se hace, y no algo que se es, evitando así la esencialización de la persona a partir de la actividad¹⁹.

Varios de los posibles sinónimos del término *prostituta* presentan como limitación su indudable sesgo de género, pues excluyen la posibilidad de la venta de servicios sexuales por parte de los hombres. Ni meretriz, ni hetera, ni hetaira tienen un equivalente masculino. Ramera se define como “la *mujer* cuyo oficio es la relación carnal con hombres” pero en masculino, *ramero* se refiere al halcón recién nacido que “salta de rama en rama”.

Por el contrario, el término prostituto/prostituta es inequívoco y está delimitado al comercio sexual, sin ambigüedad ni restricciones de género.

Esta definición básica no ha cambiado mucho, ni se ha podido mejorar de manera perceptible en los últimos dos milenios, desde que Ulpiano²⁰, el escritor romano, definió a la prostituta como “la mujer que de manera abierta ofrece su cuerpo a un número de hombres, de manera no siempre selectiva y por dinero”.

Sevilla²¹ (2003), critica el término prostitución por no ser suficientemente neutro ante las distintas manifestaciones de lo que él, de manera tampoco neutra, define como “amores comerciales”.

La propuesta de Trifiró²² (2003) es también extraña, pues en lugar de utilizar el vocablo prostituta, “por la aceptación negativa que ha tenido en el transcurso de la historia de cada país”, opta por el de Mujeres que Ejercen la Prostitución (MEP).

Otra variante, la de mujer en *situación* de, o *vinculada* a la, prostitución se ha propuesto al parecer para reflejar que ha sido inducida por un tercero, contra su voluntad, o bien que se encuentra envuelta en la actividad de manera transitoria²³.

Esta desafortunada confusión entre lo que es la prostitución, y lo que, a juicio del analista, sería deseable que le ocurriera a las mujeres que la ejercen, transparente en el lenguaje, está en el meollo de las dificultades para entender el comercio sexual. Para avanzar en el diagnóstico, un paso prudente consiste en recuperar el verdadero sentido y alcance del término *prostitución*, más tradicional, universal y menos sujeto a confusiones legales²⁴.

1.1.1 Análisis de la realidad

La prostitución es un tema en el que existen muchas ideas preconcebidas y sin embargo creo que difícilmente podemos lograr un acercamiento adecuado si no somos capaces de relativizarlas y dejar que sea la propia realidad la que nos hable, olvidando un poco las valoraciones individuales, bañadas por la propia sensibilidad y formación.

Podemos preguntarnos por qué dar tanta importancia a la realidad, desde nuestro punto de vista en ella descubrimos los caminos por los que las mujeres entran en el entorno de la prostitución, captamos las condiciones y situación concreta en la actividad que realizan, las oportunidades y recursos a los que acceden o los que les están vetados por alguna razón, lo que viven, sienten y desean, el rechazo social que experimentan y la doble vida que les supone, las políticas existentes, los contextos legales y sus lagunas, entre otros posibles aspectos a estudiar.

Creemos que tenemos la gran responsabilidad de conocer muy bien, tanto el entorno inmediato como los contextos sociales más amplios, pues éstos nunca son neutros; afectan a las mujeres que ejercen prostitución ya sea ofreciendo o negando oportunidades y difícilmente podremos comprender su realidad y diseñar propuestas válidas para ellas sin tenerlo en cuenta¹⁹.

Decíamos al inicio que estamos ante una realidad muy amplia y por tanto sería imposible pretender analizar todo en este espacio. Nos vamos a centrar al igual que en el colectivo de mujeres transexuales, del cual hablaremos más adelante, en aspectos que nos han parecido imprescindibles y que no se han estudiado tan profusamente como es la salud y satisfacción sexual con la que viven este colectivo.

Al hablar de prostitución, no podemos olvidarnos de definir un fenómeno de grandes dimensiones y múltiples consecuencias como es el de la trata de personas, especialmente, la trata de mujeres, ya que son las más afectadas, y por tanto sometidas a una manifestación de violencia, discriminación y desigualdad de género.

1.1.2 Trata

En cuanto a la definición, creemos oportuno acudir a la del “Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños” conocido también como Protocolo de Palermo que fue aprobado en el 2000, y ratificado por España en el 2003 (BOE 11-12-2003).

Según el artículo 3 del Protocolo por “trata de personas” se entenderá la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud, o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos.

En este caso hay que matizar también que no todos los casos de trata tienen como finalidad la prostitución y que no todos los de prostitución tienen detrás este tipo de coacción. Además, en lenguaje coloquial se suele a veces utilizar indistintamente trata y tráfico de personas, donde hay que matizar también que el tráfico es el que tiene como finalidad la entrada en el país sin conllevar posteriormente una explotación, aunque si un pago habitualmente con intereses considerables. El incremento de las mafias para la entrada

ilegal de inmigrantes en el país, es una práctica que se ha generalizado a partir de las restricciones que imponen al flujo libre de personas las leyes de extranjería¹⁹.

1.1.3 Discursos Teóricos

Cuando hablamos de REALIDAD, podríamos centrarnos en lo que es, lo que existe y sucede, complementándolo con lo que se ha analizado sobre ella. Sin embargo en el ámbito de la prostitución hay una gran cantidad de documentación a nivel teórico, elaboraciones argumentadas sobre el fenómeno, pero que escasamente se han acercado a la realidad o no han sido nunca contrastadas con ella. Podríamos prescindir de estos discursos, pero no sería sensato, pues están muy presentes de manera explícita o implícita, consciente o subconsciente en todo lo relacionado con esta realidad, incluso en nuestra propia mirada hacia ella.

Los discursos teóricos se han llevado a la realidad entre otros bajo modelos legales, tomando diversidad de concreciones según las épocas y lugares, algo que enseguida pasaremos a ver y además se han reelaborado con el paso del tiempo. Por este motivo a veces resulta confuso establecer cuáles son los modelos teórico-ideológicos actuales²⁵.

1.1.4 Marco legal

Tradicionalmente han sido tres los modelos que han adoptado los estados para abordar el tema de la prostitución: abolicionista, reglamentarista y prohibicionista; pero recientemente ha tomado cuerpo un cuarto modelo ligado al discurso teórico proderechos. Son modelos que nos son útiles como esquemas de referencia, pero adquieren diversidad de matices cuando son implementados por los estados²⁵.

Se pueden identificar diferentes posicionamientos jurídicos que no siempre tienen en consideración las necesidades de los o las personas que ejercen la prostitución:

- *Modelo prohibicionista*: penalización de la prostitución (cárcel, multas o reeducación) para quien la promueve, ejerce u organiza.

-*Modelo abolicionista*: parte de considerar que las mujeres son víctimas y todo el que se aproveche de la situación debe ser castigado. Niega cualquier legalización, al considerar la prostitución como una forma más de violación de los derechos humanos y por lo tanto, no puede ser aprobada ni moral, ni social, ni jurídicamente, y propone políticas de intervención y rehabilitación, así como la penalización de proxenetas y clientes.

- *Modelo reglamentarista*: basándose en el rechazo moral de la prostitución, se la reconoce como inevitable, por lo que proponen su regularización, lo que redundaría en una mejoría de las condiciones para su práctica.

Estarían bajo control médico y judicial y se determinan los lugares donde se puede ejercer la actividad.

-*Modelo legalista*: la prostitución debe ser legalizada como cualquier actividad laboral, con lo que se evitaría la explotación y los abusos.

El mundo occidental, en general, tiende a adoptar una postura abolicionista y reglamentarista; así, a las personas que ejercen la prostitución no se las criminaliza, pero tampoco se les reconocen sus derechos. España aboga actualmente por la postura abolicionista, no penalizándose a quien la ejerce por el ejercicio de la prostitución, pero sí a toda persona que se beneficie u obtenga ventajas económicas de ellas. En definitiva, no se

penaliza su ejercicio pero sí la explotación (especialmente de menores o incapaces), el proxenetismo y cuando se obligue a practicar la actividad empleando la violencia o el engaño o abusando de una situación de superioridad o de la vulnerabilidad de la víctima²⁶.

Considerando el marco estatal normativo, desde la promulgación de la constitución española de 1978, la prostitución no constituye acto legalmente punible. Más allá de esa no penalización, no existe, caso aparte de algunas casuísticas específicas recogidas en el Código Penal, norma o ley que se refiera al respecto dentro del ordenamiento jurídico de rango estatal. Tras la entrada en vigor del nuevo Código Penal en 1996, el articulado relativo a cuestiones vinculadas con la prostitución se encuadra dentro del Título VIII “Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales” y concretamente en el capítulo V bajo el epígrafe “De los delitos relativos a la prostitución y la corrupción de menores”. Dentro de este título se recogen dos artículos referidos directamente a la prostitución, el 187 y 188 concretamente. En estos dos artículos, se pena la prostitución de personas menores de edad o incapaces, así como la coacción ejercida hacia terceros mayores de edad, con el objetivo de que ejerzan la prostitución. Posteriormente, por medio de una reforma introducida en 2003, se amplía los delitos tipificados, alcanzando a cualquier persona que se lucre del ejercicio de la prostitución, aún cuando ésta se realice de manera voluntaria, en clara referencia al proxenetismo²⁷.

En la actualidad, el ejercicio de la prostitución se desarrolla en tres ámbitos o espacios diferenciados y con características específicas; calles, clubes y pisos²⁸.

- *La prostitución de calle:* en esta modalidad de prostitución, el ofrecimiento y la negociación entre el cliente y la mujer que ejerce la prostitución se desarrolla en la calle, realizándose el servicio bien en el mismo espacio público (coche del cliente, lugares discretos, tales como parques o similares) o alquilando una habitación o espacio similar.

Esta modalidad de ejercicio ha sufrido importantes variaciones a lo largo del tiempo. En la actualidad este tipo de prostitución se caracteriza por una tendencia general hacia la disminución del ejercicio en el espacio público.

- *La prostitución de clubes:* los clubes son espacios cerrados en los cuales se pueden ofertar diferentes servicios, dependiendo de las características y categoría de los mismos. Además de ser lugares en los que se conciertan y desarrollan servicios sexuales, y junto a las actividades propias de hostelería, podemos encontrar otros tipos de servicios tales como shows, strip tease y similares.

En términos generales, se produce una tendencia al cierre de los clubes de menor tamaño, y se registra en algunos lugares, una tendencia a situar nuevos clubes en los extrarradios de los términos municipales. La propiedad de estos clubes, parece que sigue estando en manos de un reducido número de personas con experiencia en el sector, resultando complicada la irrupción de nuevos agentes ajenos a este ámbito.

- *La prostitución de pisos:* los pisos, englobando dentro de este concepto también todo espacio residencial, de carácter privado tales como chales o villas, son lugares con diferentes tipos de régimen de funcionamiento y composición (pisos de 24 horas, pisos de amigas, pisos con madame...) y con diferentes niveles en lo que respecta a la categoría de los mismos.

Los pisos, como espacio privado para el ejercicio de la prostitución, han registrado un considerable incremento numérico en los últimos tiempos. El grueso numérico de los pisos se concentra en las capitales.

En estos espacios, es mayoritaria la presencia de mujeres de origen sudamericano, mujeres autóctonas, siendo, también, los pisos los lugares donde se detecta la presencia más significativa de mujeres transexuales.

La relativa sencillez con la que se puede poner en funcionamiento un piso, junto a la privacidad y discreción que ofrecen estos lugares a los clientes, y discreción que ofrecen estos lugares a los clientes, se erigen en los elementos más significativos a la hora de explicar el incremento registrado por estos espacios.

Tanto en Alemania como en Holanda, países en los cuales el ejercicio de la prostitución se encuentra regulado como una actividad laboral, encontramos organizaciones sindicales conformadas por las propias personas ejercientes. Hydra en el caso de Alemania y De Rode Draad (Hilo Rojo) en Holanda son dos de los ejemplos, frente a un panorama estatal en el cual han existido algunas experiencias asociativas de limitado calado. Son por lo tanto las asociaciones de apoyo a las personas que ejercen la prostitución, algunas de ellas configuradas como puntos de encuentro entre las personas ejercientes y activistas que apoyan sus reivindicaciones, las que vehiculan en cierto modo las reivindicaciones del colectivo. A nivel estatal, existen diversas asociaciones que trabajan o intervienen con las personas que ejercen la prostitución. Bien desde una perspectiva que se limita a la intervención socio-asistencial o incorporando discursos ideológicos acerca de las políticas públicas de intervención en este sector, podemos encontrar distintas asociaciones con planteamientos en ocasiones antagónicos.

En la Comunidad de Madrid podemos citar a Hetaira como una asociación referente orientada a defender los derechos y mejorar las condiciones de las personas que ejercen la prostitución, en esta misma línea se encontraría AMEP (Asociación de Mujeres que Ejercen la Prostitución) ligada a la Federación de Mujeres Progresistas y radicada en Andalucía o Genera y Licit en Catalunya.

Frente a esta línea de pensamiento APRAMP (Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención de la Mujer Prostituida) interviene desde una perspectiva abolicionista, existiendo en el estado la Plataforma Estatal de Organizaciones de Mujeres por la Abolición de la Prostitución (PAP), que agrupa a diversas entidades de distintos ámbitos²⁸.

Además, en 2006 se creó la “Plataforma por los derechos de las personas trabajadoras del sexo de ámbito estatal²⁹”. Surgida en gran medida, como respuesta a las normativas promulgadas en Barcelona y Madrid. Los puntos reivindicativos centrales, que se enumeran a continuación, parten de la premisa según la cual “El ejercicio de la prostitución en nuestro país no constituye delito alguno, pero paradójicamente, las personas que lo ejercen no tienen reconocidos sus derechos”. Entre sus reivindicaciones destacan:

- Que se garanticen los derechos de todas las personas que ejercen la prostitución bien en la calle o en locales cerrados, especialmente el derecho a emigrar, a la libertad de movimientos y a establecer sus propios negocios.
- Que se cuente con la voz de las personas trabajadoras del sexo en todas las medidas legislativas que se tomen.

- Que se reconozca, como plantea una sentencia dictada en 2001 por el Tribunal de Luxemburgo, que la prostitución es una actividad económica legítima. A este respecto, apuntar que el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía dictó en 2004 la primera sentencia en España por el que se obligaba al propietario de un local de alterne, a dar de alta en la Seguridad Social a las mujeres (casi todas extranjeras) que ejercían la prostitución en dicho establecimiento, dentro de la categoría de “camareras de alterne”. Al no existir dicha categoría dentro de la Seguridad Social, se está a la espera del dictamen del Tribunal Supremo.
- Que no se establezcan controles sanitarios obligatorios, ya que además de ineficaces, contribuyen a estigmatizar a las mujeres que ejercen la prostitución.
- Que se creen espacios públicos de ejercicio al estilo de los barrios rojos holandeses.
- Que se persiga de manera fehaciente a las mafias, preservando ante todo la protección a las mujeres denunciantes.
- Que se destinen recursos para ofrecer alternativas de empleo reales y efectivas para aquellas personas que voluntariamente quieran abandonar la prostitución.
- Que se reconozca y respete la dignidad de las prostitutas y su capacidad de decidir, rechazando consecuentemente las normativas desarrolladas en algunos municipios del estado (Madrid, Barcelona...) ya que estas medidas no sólo no reducen la demanda, sino que favorecen tratos rápidos y clandestinos con el consiguiente empeoramiento de las condiciones de trabajo de las mujeres que ejercen la prostitución.

1.1.4.1 Marco Legal de la prostitución en España

España tradicionalmente se ha incluido dentro de los países que adopta un modelo abolicionista. A su vez se dice habitualmente que existe un vacío legal, pues por un lado no es una actividad “ilegal”, en el sentido de penalizable, pero tampoco se encuentra “legalizada” en el sentido de que le sean reconocidos unos derechos a las personas que la practican o tengan un marco jurídico propio. En la actualidad a la prostitución le atañen fundamentalmente las siguientes normativas:

Código Penal: penaliza el que induzca, promueva, favorezca o facilite la prostitución de una persona menor de edad o incapaz; también sanciona al que empleando violencia, intimidación o engaño, o abusando de una situación de superioridad o de necesidad o vulnerabilidad de la víctima, determine a alguien a ejercer prostitución, y por último penaliza al que se lucre explotando la prostitución de otra persona, aun con el consentimiento de la misma³⁰.

Ley de extranjería: deja exenta de responsabilidad administrativa a las personas que hayan entrado de manera irregular en el país siendo víctimas de un acto de tráfico ilícito de personas con fines de explotación sexual, si denuncian a las autoridades competentes proporcionando datos esenciales o testificando sobre los autores del tráfico.

A su vez algunas CCAA y ciudades han elaborado sus propios decretos y ordenanzas, en base a las competencias que tienen reconocidas, fundamentalmente en relación a los locales para el ejercicio de la prostitución y al uso del espacio público³¹.

Entre tanta opinión y debate, son muy pocos los estudios realizados sobre aspectos relacionados con la salud, la calidad de vida y las necesidades sociales, afectivas y sexuales de las prostitutas, por lo que consideramos de gran importancia profundizar en ellos.

Al hablar de sexualidad en la mujer, no podemos reducirnos a la mujer biológica, existe un grupo minoritario, como son las mujeres transexuales, pero no por ello menos importante, ya que como cualquier ser humano posee la capacidad de desarrollarla y vivenciarla. Comenzaremos exponiendo un breve repaso a todo lo que concierne la transexualidad, para posteriormente analizar su sexualidad.

1.2 Transexualidad

La transexualidad se define como el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del género opuesto al sexo biológico, por lo general acompañado por el deseo de modificar el propio cuerpo, mediante métodos hormonales o quirúrgicos, para hacerlo lo más congruente posible con el género sentido y deseado. Requiere la manifestación de una identidad transexual persistente durante al menos dos años y la valoración clínica de que no se trata de un síntoma de otro trastorno mental, como la esquizofrenia, ni tampoco es secundario a una anomalía cromosómica (Organización Mundial de la Salud (OMS), décima revisión, CIE-10,1992) ³².

La Organización Mundial de la Salud considera el transexualismo como un trastorno mental en la medida en que la condición produce un sufrimiento significativo y una desventaja adaptativa importante.

Por su parte, la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) define el transexualismo en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR, 2002) como trastorno de la identidad sexual³³.

En los siglos XIX y XX aparecen las primeras referencias claras tanto de personas con diferencias anatomo-genitales, a quienes se denomina actualmente hermafroditas, como de personas que hoy se les considera intersexuales. Se les contemplan más como un problema médico o sociológico, que moral. Lo que antes podría ser un pecado para la sociedad, ahora se convierte en una patología, trastorno o enfermedad, que hay que reconvertir, pues se justifica así que con el cambio físico la persona tendrá menos dificultades para llegar a ser saludable, feliz e integrada socialmente. Desde principios del siglo XX y hasta nuestros días se plantea el proceso de medicalización de las personas transexuales, se establece las bases para afianzar la creencia de que lo que necesitan verdaderamente, por su estatus de enfermas, es un tratamiento físico; cuyo fin es un cambio de sexo anatómico, para reconvertirla en un ser adaptado a los requerimientos sociales³⁴.

A partir de la segunda mitad del siglo XX aparecen cambios científicos y sociales importantes: por una parte gracias a los avances científico-técnicos, como son la incorporación al tratamiento hormonal fármacos más seguros y con menos efectos secundarios y los avances en la cirugía de reasignación de sexo; y por otro lado los testimonios de personajes públicos, han favorecido que se produzcan cambios perceptivos de la imagen y de las necesidades de las personas transexuales en la actualidad³⁵.

1.2.1 Historia de la transexualidad

Resulta importante hacer mención de lo que se recoge en el artículo de la filósofa Isabel Balza, “Bioética” de los cuerpos sexuados: transgenerismo y transexualidad, en el que expone como los médicos de la Antigüedad, a diferencia de la corriente médica actual, situaban el sexo a lo largo de un continuo y no en las categorías dicotómicas de hoy, pues el hermafroditismo era una más de las posibilidades de encarnación del ser humano, por lo

que ante este hecho no se inmutaban. Podemos decir, como recoge esta autora que las personas intersexuales “eran contemplados como variaciones cuantitativas dentro de un continuo sexual, y no como rupturas cualitativas que marcan un abismo entre las dos únicas opciones sexuales posibles³⁶”. También defiende esta idea de un continuo sexual en la naturaleza la autora Anne Fausto-Sterling en la introducción de su libro: *Cuerpos sexuados*.

La política de género y la construcción de la sexualidad, afirmando que nuestras concepciones de la masculinidad y la feminidad son presunciones culturales, pues “el conocimiento científico puede asistirnos en esta decisión, pero sólo nuestra concepción del género, y no la ciencia, puede definir nuestro sexo³⁷” esta idea rompedora con la tradición, nos puede ayudar a entender que la perspectiva genérica puede ser una de las llaves que nos proporcionen las claves de la convivencia y la aceptación a personas distintas.

La existencia de la transexualidad no es algo propio de la cultura occidental ni tampoco del momento actual, sino que se ha manifestado a lo largo de la historia de la humanidad y a través de diferentes culturas, existiendo una valoración social diferente según que la cultura sea o no occidental. Mientras que en la primera las personas transexuales tienen escasa valoración social, sufriendo discriminación y rechazo, en la segunda tiene buena valoración social e incluso, como en la India, veneración por atribuirles dones especiales³⁸.

El término transexualismo fue introducido discretamente por Magnus Hirschfeld en 1923 quién habló primero de "transexualidad psíquica" y quién dio la primera lectura científica sobre el transexualismo en 1930 a la Asociación para el Desarrollo de la Psicoterapia. Hirschfeld consideraba el transexualismo una forma de intersexualidad. Más tarde, Cauldwell hablaba de "psicopatía transexualis" en los años Cuarenta, usando también el término "transexualismo" como una referencia a los "comportamientos sociopáticos del desorden". Hamburguer Sturup y Dalh-Invensen, en 1953, sugirieron el término "hermafroditismo psíquico³⁹".

Harry Benjamin, médico endocrinólogo alemán, fue el pionero en la investigación de esta condición, introdujo el término abiertamente en la comunidad médica en los años Cincuenta. Harry Benjamin, al igual que Hirschfeld, defendía una explicación biológica de la condición, a pesar de que por entonces eso era todavía imposible de hallar. Era urgente diferenciar esta condición del travestismo y la homosexualidad, y el término transexualismo pareció lógicamente el más adecuado por aquella época, dada la todavía oscuridad científica en torno a esta condición, y se empezó a hablar de transexuales por primera vez.

Su nombre fue también usado por la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association desde el año 1979, la cual produce los mundialmente seguidos Estándares de Tratamiento para las personas nacidas con Síndrome de Harry Benjamin⁴⁰.

Fue él también, quién más defendió y facilitó el acceso al tratamiento médico para las personas afectadas por esta condición. Es gracias a su profunda dedicación con miles de pacientes, sus intervenciones en organizaciones académicas y profesionales, y sus numerosas charlas y escritos, que ahora el tratamiento de esta condición se ha vuelto tan accesible. Fue él quien sacó a la luz el denominado transexualismo, quién más abogó por los derechos de las personas afectadas por esta condición y también el médico cuya biografía más fuertemente se vincula con el transexualismo en la historia contemporánea³⁹.

La actitud médica hacia este síndrome por aquella época era muy diversa, mientras muchos doctores creían que todos estos casos, incluidos los casos de diagnóstico más temprano, los niños, deberían de ser tratados de manera forzada con drogas abusivas, electroshock (o terapia electro-convulsiva) o lobotomías. Harry Benjamin, creía que sus orígenes eran genéticos, endocrinos y hormonales, considerando el tratamiento psiquiátrico de nula efectividad para el tratamiento de estos pacientes⁴⁰.

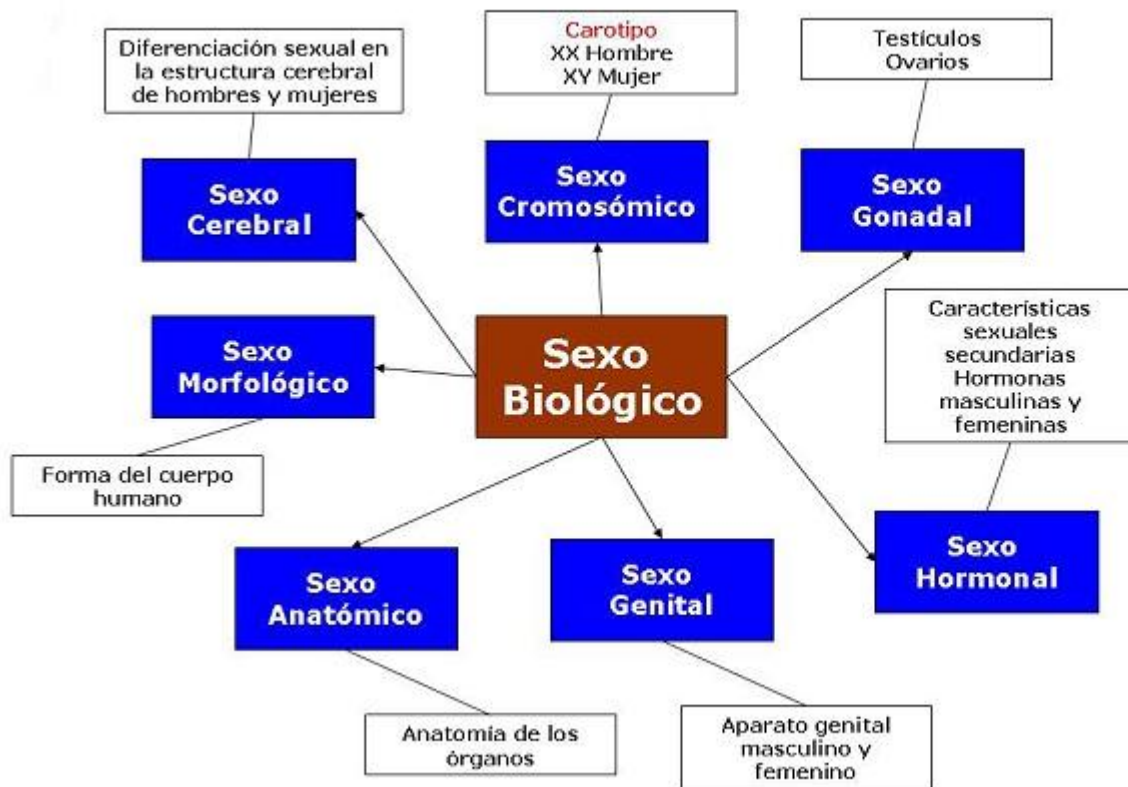
En 1966 Harry Benjamin publica el libro titulado *The Transsexual Phenomenon*, un tratado fundamental para entender la transexualidad, ya que fue el primer trabajo extensivo describiendo y explicando el tratamiento de esta situación, del cual él era el pionero⁴¹.

Para Stoller el transexualismo "es la convicción de un sujeto, biológicamente normal de pertenecer al otro sexo. En el adulto a esta creencia le acompaña, en nuestros días, la demanda de intervención quirúrgica y endocrinológica para modificar la apariencia anatómica en el sentido del otro sexo. Esta convicción es permanente e inquebrantable⁴²".

Actualmente en nuestra cultura la transexualidad se considera, dependiendo del paradigma de estudio, un problema personal de salud psicológica, o una alteración en la constitución de componente genético- hormonal. El rechazo social provoca en la persona un gran sufrimiento, éste se solucionaría, para muchos agentes sociales y también para una mayoría de las personas que lo viven, por medio del tratamiento médico, es decir, administrando a la persona transexual un tratamiento hormonal y practicando cirugía de reasignación de sexo⁴².

Tanto las ideas que se tienen sobre la transexualidad como las discriminaciones de las que son objeto, tiene mucho que ver con las ideas que existen sobre los géneros: sobre lo que significa ser hombre o mujer (sexo biológico). La transexualidad es trasgresión social, es un desafío a la idea que solo existen hombres (sexo cromosómico XY) o mujeres (sexo cromosómico XX) y cuestiona la idea de la supuesta naturalidad de los géneros. Nacer hombre o mujer, implica sentirse como tales. Pero con la transexualidad esto cambia. El sexo biológico⁴³ es el sumatorio de todos los elementos sexuados del organismo, tal y como se muestra en el siguiente esquema.

Abordaje Biológico



Ahora sabemos que lo que en el pasado siglo se dio a conocer como transexualismo, no se trata en absoluto de una condición psicológica, sino neurológica, ya son neurológicamente hablando, del sexo que sienten desde el nacimiento, y dados los recientes avances en investigación del desarrollo cerebral que apuntan que es el sexo cerebral y no el genital, el que debe de considerarse como el verdadero sexo de la persona, ya han nacido neuro-biológicamente del sexo al que ellos sienten pertenecer, puesto que su sexo cerebral y su estructura neurológica ya encajan con su identidad sexual³⁹.

No se puede hablar ya de esta situación como una orientación o como “una necesidad al libre desarrollo de la personalidad” del individuo, sino como una condición puramente física que necesita temprano diagnóstico y tratamiento correctivo físico.

Hay demasiado estigma, negatividad, supersticiones y décadas de abuso mediático y falta de tratamiento médico adecuado relacionado con la transexualidad. Es momento de tratar el asunto con mayor sensibilidad y con la seriedad que se merece³⁹.

1.2.2 El conflicto personal y/o social

La sociedad en general no trata bien a las personas cuya apariencia de sexo es ambigua, haciendo muchas veces de ellos/as objeto de abuso verbal, discriminación, y en ocasiones de violencia. Esto es muy duro de afrontar cuando además se carece de apoyo familiar o de un empleo estable, sin embargo éste suele ser a menudo el caso de las personas transexuales.

Evidentemente se trata de una aflicción neurológica sumamente grave que inhabilita al individuo tanto a niveles personal, como social, para su propio desarrollo.

Este síndrome produce un desajuste biológico muy grave entre el sexo neurológico de la persona y el resto de características sexuales físicas, bloqueando un correcto desarrollo fisiológico de la persona.

Se estima que 1 de cada 100.000 ciudadanos europeos ha nacido con este síndrome en el cual la diferenciación sexual a niveles neurológico y anatómico no se corresponde. Esto crea una de las peores situaciones de Ostracismo social de las registradas en la Historia. Con un índice de suicidio y desempleo incomparable con cualquier otro grupo social minoritario, las personas transexuales tienen que afrontar interminables obstáculos personales y sociales hasta lograr poder llevar una vida normal, en el caso de que lo consigan.



Socialmente, la palabra transexual o transexualidad, tiene una connotación negativa. De este modo, recae en las personas transexuales, la desestimación de estas palabras demostrando día a día que el contenido y el significado que la sociedad le atribuye a una palabra se puede modificar en función de la realidad a la que se aplica. Es decir, las palabras deben adaptarse a la situación o a la persona que definen, no la persona a la definición que indica una palabra.

Las personas transexuales tienen que hacer ese trabajo interno de aceptación de su condición de transexuales y mediante su propio ejemplo social y laboral, desmitificar la idea errónea de que todos y todas son y se comportan de la misma manera. Hay tantas formas de transexualidad como personas transexuales⁴⁴.

1.2.3 Cambios sociales

En los últimos años, se está produciendo una mayor normalización de la transexualidad en los entornos sociales y familiares más próximos a la persona transexual. Hecho que ha sido posible por la interacción de varios factores tales como:

- ***Acceso a información*** de mayor calidad sobre la transexualidad.
- ***Apoyo a los profesionales*** de la atención socio-sanitaria (endocrinos; psiquiatras; cirujanos; enfermeras; psicólogos; sociólogos; trabajadores sociales, etcétera).
- ***Labores de sensibilización social, información y asesoramiento*** por parte de las asociaciones de personas transexuales.

Todo esto influye en que las familias comiencen antes a asumir y a apoyar a su hijo o hija transexual. Claro está, que aunque al principio afloren muchos conflictos intrafamiliares derivados de los prejuicios sociales, las nuevas generaciones de jóvenes transexuales a pesar de seguir encontrando muchos obstáculos y comportamientos discriminatorios por parte de la sociedad, pueden alcanzar mayores metas personales vetadas a generaciones pasadas. Y por tanto, pueden acceder en mejores condiciones al mercado laboral, con mayor formación y mayores posibilidades de promoción social y profesional.

Esto no quiere decir que no subsista la discriminación socio-laboral, el acoso en el entorno social, educativo y laboral, los conflictos intrafamiliares (llegando incluso a la expulsión del hogar familiar), la incompreensión o la soledad.

Aunque todos estos problemas pueden y seguir existiendo, muchas personas transexuales tienen más herramientas psicosociales para afrontar de una manera diferente su situación y sus expectativas vitales.

La única forma de corregir este grave desajuste físico es mediante tratamiento médico de por vida que pueda bloquear y corregir este desarrollo físico contrario al verdadero sexo de la persona (el sexo neurológico), un tratamiento que incluye diversas cirugías mayores, aunque debemos añadir, que no todos desean someterse a la reasignación quirúrgica⁴⁴.

1.2.4 Situación social y jurídica en España

En 1983 se introdujo en España, la primera ley que eximía de responsabilidad penal al médico que realizase el tratamiento quirúrgico de reasignación de sexo. Desde entonces, la demanda se ha ido incrementando progresivamente⁴⁵.

En 1987 el Tribunal Supremo reconoció el derecho de un transexual a cambiar de nombre y de sexo (STS 02/07/1987), creándose jurisprudencia. En esta sentencia se considera que el género prevalece sobre el sexo. En el año 1989 el Parlamento Europeo dictó un resolución sobre la discriminación de los transexuales, la cual supone el reconocimiento a nivel interestatal de la transexualidad como una condición digna de todo respeto y que tiene que ser tratada con seriedad y dedicación por parte de los Estados miembros.

En el año 2001 la Dirección General de Instituciones Penitenciarias aprobó un primera circular en la que instaba al cambio del módulo conforme al criterio de la “identidad sexual aparente”, aunque con un alcance muy limitado.

En el año 2007 aparece la ley 3/2007 de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, más conocida como la Ley de Identidad de Género. La ley ofrece:

«Cobertura y seguridad jurídica a la necesidad de la persona transexual, adecuadamente diagnosticada, de ver corregida la inicial asignación registral de su sexo, asignación contradictoria con su identidad de género, así como a ostentar un nombre que no resulte discordante con su identidad».

Según esta Ley, pionera con respecto a muchos países de nuestro entorno podrán solicitar el cambio de identidad ***todas las personas de nacionalidad española, mayores de edad y con capacidad suficiente para ello***. Esta rectificación se tramitará a través del Registro Civil, sin necesidad de una sentencia judicial. Para ello, la norma establece unos requisitos: *que a la persona se le haya diagnosticado disforia de género haya recibido tratamiento hormonal durante al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado*.

Según el artículo 4 de la citada Ley, manifiesta los siguientes requisitos para acordar la rectificación, y éstos son:

1. La rectificación registral de la mención del sexo se acordará una vez que la persona solicitante acredite:

A) Que le ha sido diagnosticada disforia de género. La acreditación del cumplimiento de este requisito se realizará mediante informe de médico o psicólogo clínico, colegiados en España o cuyos títulos hayan sido reconocidos u homologados en España, y que deberá hacer referencia:

- A la existencia de disonancia entre el sexo morfológico o género fisiológico inicialmente inscrito y la identidad de género sentida por el solicitante o sexo psicosocial, así como la estabilidad y persistencia de esta disonancia.
- A la ausencia de trastornos de personalidad que pudieran influir, de forma determinante, en la existencia de la disonancia reseñada en el punto anterior.

B) Que ha sido tratada médicamente durante al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado.

La acreditación del cumplimiento de este requisito se efectuará mediante informe del médico colegiado bajo cuya dirección se haya realizado el tratamiento o, en su defecto, mediante informe de un médico forense especializado.

2. No será necesario para la concesión de la rectificación registral de la mención del sexo de una persona que el tratamiento médico haya incluido cirugía de reasignación sexual. Los tratamientos médicos a los que se refiere la letra b) del apartado anterior no serán un requisito necesario para la concesión de la rectificación registral cuando concurren razones de salud o edad que imposibiliten su seguimiento y se aporte certificación médica de tal circunstancia.

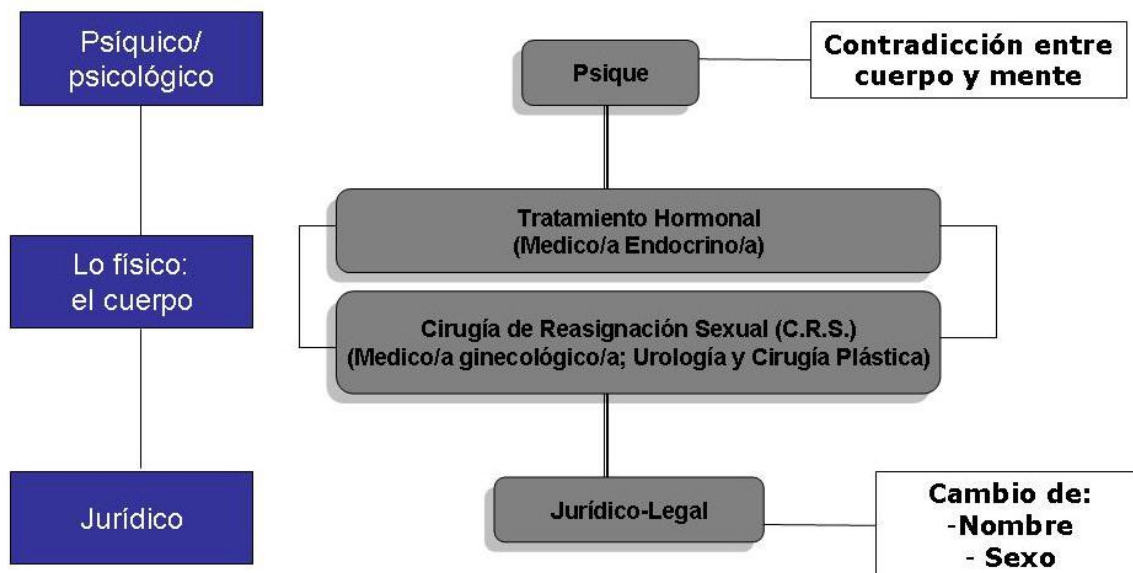
Sin embargo, y esta es la principal novedad de la Ley, no será necesario que esta persona haya sido sometida a una operación genital o de reasignación de sexual. Además, los tratamientos médicos no serán un requisito necesario para rectificar su identidad en el registro cuando concurren razones de salud o edad que imposibiliten su seguimiento y se aporte un certificado médico.⁴⁴

1.2.5 Proceso de reasignación de sexo

Como hemos comentado anteriormente, debido a que la mayor parte de las personas transexuales sienten un sufrimiento psicológico y emocional a causa del conflicto entre su identidad sexual y el sexo que les ha sido impuesto al nacer. Encuentran como única solución un Proceso de Reasignación de Sexo. Este proceso puede incluir tomar hormonas, además de someterse a la Cirugía de Reasignación de Sexo para modificar sus características sexuales primarias y secundarias.

La asociación internacional Harry Benjamin (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association) publica cada año un manual de estándares especializados de asistencia y tratamiento de la transexualidad.

Proceso Transexualizador



1.2.5.1 Requisitos para el tratamiento de reasignación de sexo:

En España, para comenzar el tratamiento de reasignación se precisa un informe positivo por parte de un profesional (psicólogo, sexólogo, psiquiatra) en el que reconozca la necesidad de la persona a adoptar el nuevo rol de género y la adaptación de sus caracteres sexuales primarios y secundarios (mediante tratamientos hormonales o cirugías) para conseguir una mejor adaptación a la sociedad y a desenvolverse en ella. En dicho informe se hace constar además que la persona no presenta ningún trastorno mental que la induzca a

tomar dicha decisión. El que no se tenga ningún trastorno mental no implica que la transexualidad no sea un problema de salud al que haya que dar respuesta médica, tal como reconoce la OMS.

Además, se recomienda que la persona pase durante uno o dos años un test de vida real o experiencia de vida real, que consiste en comenzar a vivir de acuerdo a la propia percepción de la identidad sexual, es decir, conforme al rol de género del sexo contrario al que le fuera asignado en el momento del nacimiento.

Este test no siempre es posible, ya que sin hormonas y sólo mediante maquillaje y ropa puede complicarse adaptar el físico a la anatomía deseada y pasar inadvertido en sociedad. Para ello, los varones transexuales necesitarán al menos acceder a la terapia hormonal; mientras que la mayoría de las mujeres transexuales, además de una terapia hormonal también necesitarán eliminar su vello facial, entrenar su voz y, a veces, cirugía facial feminizante⁴⁶.

❖ *Tratamiento psicológico*

Más que tratamiento psicológico se trata de realizar un seguimiento y acompañamiento a la persona transexual durante su proceso. Es deseable este seguimiento debido a que durante ese primer período se pueden producir muchos cambios, y es necesario el ir asimilándolos al tiempo que ocurren. También debido a que pueden producirse actitudes de rechazo en el entorno (trabajo, amigos, familia,...) es función del psicólogo el dotar al sujeto de los mecanismos psicológicos necesarios para sobrellevar estas contingencias.

La necesidad de tratamiento psicológico se subraya también debido, tanto al alto índice de problemas de salud, incluidos la depresión, ansiedad y diferentes adicciones, como a la

alta tasa de suicidios entre la población transexual que no ha podido acceder al tratamiento. Muchos de estos problemas, en la mayoría de los casos, desaparecen o se reducen significativamente tras el proceso⁴⁶.

❖ *Terapia hormonal sustitutiva*

Tanto para las mujeres como para los varones transexuales la Terapia Hormonal Sustitutiva (THS) provoca el desarrollo de algunos de los caracteres sexuales secundarios del sexo deseado. Sin embargo, muchos de los preexistentes caracteres sexuales primarios y secundarios no pueden desaparecer mediante la THS. Por ejemplo, el pecho crecerá en las mujeres transexuales, pero no desaparecerá en los varones transexuales. El vello facial de los varones transexuales crecerá, pero normalmente no dejará de hacerlo para las mujeres transexuales.

Sin embargo, algunos caracteres (como la distribución corporal de la grasa y los músculos, así como la menstruación en los varones transexuales) pueden ser revertidos mediante el tratamiento hormonal. Desgraciadamente, algunos de esos caracteres que pueden ser reversibles, volverán a aparecer al cesar el tratamiento hormonal, a no ser que una extirpación quirúrgica haya tenido lugar.

Además, especialmente en las mujeres transexuales, que trata el tema que nos ocupa se precisa de la cirugía para un resultado físico satisfactorio. Las mujeres transexuales a menudo requieren depilación intensiva para hacer desaparecer el vello facial, y, en su caso, el corporal. La terapia hormonal dura toda la vida, aunque esto depende mucho de la edad de inicio de la THS, por eso muchos especialistas recomiendan el inicio temprano, aunque esto ha despertado gran controversia social⁴⁶.

❖ *Cirugía de reasignación de sexo (CRS)*

La cirugía de reasignación de sexo consiste en procesos quirúrgicos que las mujeres y los varones transexuales llevan a cabo para armonizar su sexo anatómico con su identidad sexual. Puede centrarse en los genitales, denominada cirugía de reconstrucción genital, y en la que se pueden distinguir operaciones como la vaginoplastia, la metadoioplastia o la faloplastia. Pero también existen operaciones feminizantes o masculinizantes de caracteres sexuales no genitales, como puede ser una cirugía facial o una mastectomía.

No todas las personas transexuales se someten a la cirugía de reasignación de sexo (bien por el alto coste de la operación, bien por riesgos médicos o por razones personales), a pesar de que vivan permanentemente en el rol de género del sexo con el que se identifican⁴⁶.

1.2.5.2 Reversibilidad

Generalmente, si una persona que ha realizado el proceso quiere revertirlo es debido a que hubo un mal diagnóstico psicológico. Es tan malo someterse al proceso sin necesitarlo como no hacerlo necesítándolo.

También puede darse casos de deseo de reversión si una persona transexual ha sufrido un gran rechazo en su entorno a su cambio y no ha podido aguantar la presión social. En estos casos se suele volver a intentar más tarde porque se vive entre la necesidad y el miedo al rechazo social⁴⁶.

1.2.5.3 Efectos tratamiento hormonal

Debido a que en esta investigación una de nuestros objetivos es evaluar la salud y satisfacción sexual de mujeres transexuales, nos centraremos un poco más en los cambios que sufren y se producen a nivel físico y mental, dejando a un lado lo que sucede en los varones transexuales.

Los efectos del tratamiento aparecen de forma gradual y no siempre de forma idéntica en cada persona. Su acción suele empezar a notarse después de 2-4 meses de tratamiento, siendo algunos de sus efectos irreversibles después de 6-12 meses. Los estrógenos, utilizados para desarrollar las características femeninas, no se deben utilizar a dosis altas, pues sus resultados a medio y largo plazo son similares que con dosis menores, siendo también menores sus efectos secundarios. Los antiandrógenos se usan para impedir la acción de los andrógenos y hacer retroceder las características masculinas. Los resultados obtenidos pueden ser menos evidentes si no se han extirpado los testículos.

Los efectos que se van a observar son:

1. La capacidad de erección disminuye hasta desaparecer totalmente. Los orgasmos eyaculatorios son menos intensos al disminuir la producción de semen. La satisfacción sexual es variable y subjetiva, y va a depender de cada persona.
2. Los testículos y la próstata se atrofian.
3. La fertilidad disminuye al descender la producción de semen. Puede ser reversible al suspender el tratamiento, pero puede ocurrir esterilidad permanente tras 6 meses del uso de estrógenos.

4. El aumento de las glándulas mamarias es variable, no predecible y no es siempre simétrico. No se puede elegir el tamaño deseado aumentando la dosis de estrógenos.
5. La grasa se redistribuye aumentando en la zona de las caderas y muslos, hombros y brazos, y cara.
6. El vello corporal (el que depende de los andrógenos) disminuye. El facial no siempre desaparece del todo, aunque se hace menos denso y oscuro.
7. La voz sufre pocos cambios, ya que la laringe adulta es poco sensible a estas hormonas.
8. Hay un cambio del carácter con incremento de la emotividad, que depende mucho de las características psicológicas previas de cada persona.

También pueden aparecer, con poca frecuencia, efectos no deseados o secundarios, siendo los más destacables, depresión, retención de líquidos, alteraciones digestivas, alteración de la función hepática, cálculos en la vesícula, alteraciones en la coagulación, tromboflebitis o trombo-embolismo pulmonar (muy excepcional).

En algunos casos, la aparición de efectos secundarios obliga a suspender el tratamiento (casi siempre temporalmente) o a reducir las dosis. Esto puede retrasar o dificultar la consecución de los objetivos previstos del cambio corporal. No en todos los casos es generalizado⁴⁷.

El tratamiento médico completo de este síndrome está cubierto por los Sistemas Sanitarios Públicos de muchos de los países occidentales, incluyendo cirugía mayor, apoyo psicológico y otras facilidades como logopeda y otros, excepto en países como España, Bulgaria, Rumanía o Grecia.

La comunidad Autónoma de Andalucía fue pionera en incluir desde 1999 el tratamiento integral de la transexualidad en su cobertura sanitaria. Recientemente la Comunidad de Madrid también financia este tipo de intervenciones.

No obstante, especialistas en la materia han apuntado cómo la complejidad que se deriva del tratamiento médico de la transexualidad obliga a que los transexuales deban ser atendidos en la medicina pública, dentro del Sistema Nacional de Salud, por un equipo multidisciplinar cualificado⁴⁸.

En definitiva, del ordenamiento jurídico se requiere, pues, que evolucione al tiempo que la propia sociedad que lo genera, debiendo adecuarse su interpretación a las exigencias de quienes además de creadores son destinatarios. Y, como no puede ser de otro modo, en el tema de la transexualidad, la aplicación de esas normas no puede silenciar, omitir y eludir una afirmación científica que enmarca el transexualismo y sus consecuencias entre los síndromes y patologías, respectivamente, merecedores de asistencia y protección.

A pesar de esta cobertura sanitaria mayoritaria que se ha venido implementando en las recientes décadas, en términos de necesidad clínica nos encontramos con que en Europa en la práctica un alto porcentaje de personas transexuales no consiguen cobertura sanitaria pública para su tratamiento esencial, sobre aproximadamente un tercio de estas personas se les niega tal tratamiento, y más de la mitad de ellas tienen que costearse por ellas mismas el tratamiento quirúrgico⁴⁹.

Es diabólicamente cruel entonces que se le obligue a cargar con la etiqueta de "transexual" por el resto de su vida, haciéndola parte de su identidad, porque la persona no está "cambiando de sexo" continuamente, ni es una persona inestable o envuelta en una "transición" continuada, ni tampoco ha sido una elección por su parte, ni tampoco es una persona que vive "entre los dos sexos o entre los dos géneros, masculino y femenino" continuamente... y todo esto es lo que sugiere claramente e implica inconscientemente el término transexual.

Lo que se produce cuando una persona corrige efectivamente su incongruencia física y mental con Terapia de Reemplazo Hormonal y Cirugía de Afirmación Sexual, es una adecuación sexual, una afirmación física de su verdadera identidad sexual. Algunas personas pueden considerar éste proceso correctivo como una especie de "transición sexual", aunque en realidad no hay transición alguna involucrada, sino mera corrección física. La afirmación "ser transexual" es pues, una ficción.

Al ser llamada "transexual", ya sea de forma directa o como adjetivo (mujer u hombre transexual), la persona es recordada acerca de su "sexo original" y afirmada por tanto que su "sexo actual" no es "el verdadero", no importa lo bien que se vea exteriormente o lo feliz y realizada que se sienta ahora en su vida tras la corrección física: la ambigüedad de su pasado, la "transición", todas las señales y marcas psico-físicas de su "sexo original", todos aquellos recuerdos, y toda la confusión, vuelven ahora a aparecer de nuevo, y en la gran mayoría de los casos esto crea inestabilidad y conflicto, sin importar lo asimilado que la persona tenga su pasado, porque se refiere a su identidad⁴⁸.

Con este estudio pretendemos abordar un aspecto referido a la sexualidad de las personas transexuales o que se definen como tal, independientemente de sus procesos de cambio hormonal o quirúrgico.

1.3 Sexualidad

En este apartado, creemos oportuno comenzar definiendo la sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵⁰:

"Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales".

La sexualidad es un sistema de la vida humana que se compone de cuatro características, que significan sistemas dentro de un sistema. Éstas características interactúan entre sí y con otros sistemas en todos los niveles del conocimiento, en particular en los niveles biológico, psicológico y social.

Las cuatro características son: el erotismo, la vinculación afectiva, la reproductividad y el sexo genético (genotipo) y físico (fenotipo).

- El erotismo es la capacidad de sentir placer a través de la respuesta sexual, es decir a través del deseo sexual, la excitación sexual y el orgasmo.
- La vinculación afectiva es la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas.

- La reproductividad es más que la capacidad de tener hijos y criarlos, incluye efectivamente los sentimientos de maternidad y paternidad, las actitudes de paternaje y maternaje, además de las actitudes favorecedoras del desarrollo y educación de otros seres.

La característica del sexo desarrollado, comprende el grado en que se vivencia la pertenencia a una de las categorías dimórficas (femenino o masculino). Es de suma importancia en la construcción de la identidad, parte de la estructura sexual, basado en el sexo, incluye todas las construcciones mentales y conductuales de ser hombre o mujer. Hay que tener en cuenta que es muy importante que sepamos cuáles son nuestras actitudes más personales e íntimas hacia la sexualidad.

Uno de los productos de la interacción de estos holones es la orientación sexual. En efecto, cuando interactúan el erotismo (la capacidad de sentir deseo, excitación, orgasmo y placer), la vinculación afectiva (la capacidad de sentir, amar o enamorarse) y el género (lo que nos hace hombres o mujeres, masculinos o femeninos) obtenemos alguna de las orientaciones sexuales a saber: la bisexualidad, la heterosexualidad y la homosexualidad.

La definición de trabajo propuesta por la OMS (2006) orienta también la necesidad de atender y educar la sexualidad humana. Para esto es de suma importancia, reconocer los derechos sexuales (WAS, OPS, 2000):

- El derecho a la libertad sexual.
- El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
- El derecho a la privacidad sexual.
- El derecho a la equidad sexual.

- El derecho al placer sexual.
- El derecho a la expresión sexual emocional.
- El derecho a la libre asociación sexual.
- El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.
- El derecho a información basada en el conocimiento científico.
- El derecho a la educación sexual integral.
- El derecho a la atención de la salud sexual.

En la medida que estos Derechos sean reconocidos, ejercidos y respetados, tendremos sociedades más sanas sexualmente.

Es importante notar que la sexualidad se desarrolla y expresa de diferentes maneras a lo largo de la vida. Cada etapa necesita conocimientos y experiencias específicos para su óptimo desarrollo⁵¹.

La diversidad sexual nos indica que existen muchos modos de ser mujer u hombre, más allá de los rígidos estereotipos, siendo el resultado de la propia biografía, que se desarrolla en un contexto sociocultural. Hoy en día se utilizan las siglas GLTB (o LGTB) para designar al colectivo de Gays, Lesbianas, Transexuales y Bisexuales⁵².

La sexualidad, una práctica sexual gratificante, constituye una actividad básica en las relaciones humanas. Con independencia del placer y de su importancia en el establecimiento y la consolidación de la pareja, la sexualidad produce en nuestro organismo beneficios biofisiológicos, psicoemocionales y sociales⁵³.

La sexualidad es una necesidad humana y el control social que sobre ella se realiza es muy fuerte. Este componente social y político, hace que algunas conductas sexuales se fomenten y se recompensen, mientras que otras se sancionen para que se eviten. Como plantea Foucault, el sexo se encuentra en el cruce de bastantes disciplinas, por lo que su regulación tiene como función que éste se transforme en un instrumento político de primera importancia, con ello se consigue que la sociedad se convierta en una “máquina de producir” todo: riquezas, bienes, otros individuos, etc³⁵.

Percepción del cuerpo y la relación con las características sexuales:

El cuerpo sirve para expresar muchos significados. Desde la perspectiva antropológica, el sentido que la persona le da a su cuerpo, viene determinado por el contexto sociocultural, por lo tanto, se convierte en algo cambiante que refleja los hechos sociales.

El cuerpo se utiliza para relacionarse con los demás, es tanto un punto de encuentro como de partida. El cuerpo participa en todos los aspectos de la realización personal, sin cuerpo no existiría la persona, y simultáneamente refleja a las personas más allá de los aspectos propiamente físicos.

En las sociedades occidentales contemporáneas, el cuerpo ha adquirido su sentido, y se interpreta, en gran medida, desde la visión biomédica, que busca la normalización y la salud, donde el poder simbólico, se pierde a favor de la normalidad saludable. Igualmente las estructuras políticas y sociales, buscan el control de los cuerpos, como recurso de control social (Foucault 1999).

El pensamiento binario (hombre/mujer; heterosexual/homosexual), conlleva establecer una relación entre el sexo y la orientación, algo difícil de ajustar en personas transexuales, por lo que estas personas sienten dificultad para adecuarse al sistema de género imperante⁵⁴.

Una vez realizado un breve recorrido acerca de la sexualidad humana, nos vamos a centrar en analizar lo que hasta ahora se ha sabido sobre la vivencia de la sexualidad, como dimensión fundamental del ser humano, en mujeres que ejercen la prostitución y mujeres transexuales.

Hoy en día sabemos poco sobre su vivencia sexual, sobre sus satisfacciones, o sus limitaciones, sobre sus miedos o sus nuevas formas de reinterpretar de forma creativa su sexualidad. Por lo que se considera deseable estudios que llenen este vacío.

1.3.1 Sexualidad en mujeres que ejercen la prostitución:

A las prostitutas se les ha culpado tradicionalmente de la transmisión de toda clase de enfermedades venéreas, especialmente del SIDA. Aunque es evidente que las prostitutas forman una comunidad particularmente expuesta, durante los últimos años han venido produciéndose importantes cambios en su pensamiento y prácticas; actualmente, por ejemplo, resulta difícil encontrar una prostituta que desee sostener relaciones sexuales (incluidas la felación) sin el uso del condón. La conciencia sobre su condición de vulnerabilidad ha redundado en la puesta en marcha de muchas estrategias de prevención y control de las enfermedades.

Lamentablemente, esta misma concienciación no la han tenido los usuarios de los servicios sexuales que, en muchas regiones, todavía hoy insisten en sostener relaciones sin el uso de las normas mínimas de prevención. Para ellos, la prostituta accederá a su solicitud si sobreoferta adecuadamente, pero se olvidan que están colocando en riesgo su propia salud y la de la prostituta. Y es que cuando se debaten los temas de salud pública siempre se enfocan desde el punto de vista del usuario, es decir, como si fuese el cliente la persona que está en riesgo, no la prostituta; esto resulta desacertado, en primer lugar, porque las

estadísticas muestran que las prácticas de protección son considerablemente más altas en las personas vinculadas al comercio sexual y, en segundo término, porque por cada prostituta infectada hubo, como precedente, un usuario enfermo.

Algunas investigaciones realizadas por grupos feministas han mostrado que las prostitutas con SIDA son personas que mantienen otras prácticas de riesgo como las drogas intravenosas; un número mínimo de prostitutas no adictas están infectadas frente al creciente número de prostitutas drogodependientes.

Además, muchas mujeres han contraído enfermedades, no debido a una transmisión directa de uno de sus clientes, sino al mal estado sanitario de los lugares donde realizan su trabajo. Falta de información de las autoridades o los miembros de sanidad pública respecto a la forma de transmisión de las enfermedades, así como la obstinación de los clientes en no protegerse, son hechos que también repercuten en el deterioro de la salud de las prostitutas⁵⁵.

Con la llegada de mujeres procedentes del África se ha revitalizado el discurso que señala a las prostitutas como las principales responsables de la difusión de enfermedades venéreas. La intención que subyace en la mayoría del trabajo preventivo sanitario entre la población de prostitutas es la de asegurar la salud de los clientes y la sociedad en general.

Todos los estudios sobre el fenómeno de la prostitución en el mundo señalan que, en muchas ocasiones, los clientes solicitan practicar el sexo sin hacer uso del condón. En los años ochenta, en algunos clubes de Ámsterdam, a las mujeres trabajadoras sexuales se les exigía la práctica sexual sin preservativo como condición innegociable para ejercer en ellos. En el reportaje recientemente realizado en el Periódico de Catalunya, menciona que la totalidad de las mujeres encuestadas coinciden en señalar que la mitad de los clientes piden expresamente relaciones sin condón pero que la mayoría de ellas procura utilizarlos. Muchas han generado artimañas, como introducirse el preservativo en la boca y colocárselo al cliente, sin que este se dé cuenta, cuando le realizan una felación⁵⁶.

En definitiva, la mayoría de los estudios coinciden en que su placer es expropiado del mismo modo que lo es su cuerpo. Algunas pueden recuperar su placer y su deseo, otras nunca lo consiguen. Durante años fingen placer, orgasmos, fingen los roles que no desean, soportan violencia una veces sutiles, otras extremas. La prostitución está muy alejada de esa idea generalizada de “vida fácil”. Además se cree que una vez que abandonan la prostitución difícilmente pueden construir una relación de pareja⁵⁷.

“Entregan su cuerpo, pero no su mente, que permanece ausente en una fantasía alejada de la realidad”⁵⁸”.

1.3.2 Sexualidad en mujeres transexuales:

El campo de la erótica de las personas transexuales, ha quedado oscurecido por todos aquellos aspectos referidos a su "problematización", desde aspectos reivindicativos de derechos, a aspectos de carácter médico e incluso por la distorsión de su imagen en medios de comunicación. La erótica es un campo que requiere una mayor atención y puede ayudarnos a comprender todos esos aspectos enriquecedores y gratificantes que tienen que ver con la expresión de los diferentes seres sexuados y de su forma de vivirse y expresarse como tales⁵⁹.

En contraposición a la idea estereotipada que la sociedad tiene de las personas transexuales como hiper consumidoras del sexo y perversos, hay una gran proporción de personas transexuales que son asexuales e hiposexuales. Como expone Gómez Gil en su artículo: *La atención a la transexualidad por la unidad de salud mental del Hospital Clinic de Barcelona en los últimos años*: “un 13,5% de los pacientes transexuales femeninos y un 21,3% de transexuales masculinos refieren no haber tenido relaciones sexuales, a pesar de tener claro su orientación sexual, y lo atribuyen al rechazo o al temor a éste, al encontrarse en las primeras fases del proceso de reasignación de sexo, y por lo tanto, no tener un fenotipo capaz de atraer a las parejas por las que sienten atracción⁶⁰”.

También creemos que el propio sentimiento de menosprecio hacia su cuerpo y sus capacidades, unido a una baja autoestima que tienen, hacen que su actitud hacia el sexo sea de incertidumbre y a veces de rechazo.

Hay varios aspectos relacionados con el desarrollo personal que condicionan las relaciones de pareja y la sexualidad en las personas transexuales:

1. Autoestima

- ✓ Existencia de figuras de apego consistentes en la infancia.
- ✓ Aceptación por parte de la familia de origen.
- ✓ Relaciones afectivas significativas (amistad, pareja).
- ✓ Imagen corporal.

2. Independencia económica.

3. Revelación de la propia identidad: el secreto.

4. Autoestima y relaciones de pareja.

El ser humano es un ser eminentemente afectivo pero sus necesidades de afiliación varían mucho de una persona a otra. Este sentimiento de afiliación afectiva es electivo y existen personas que por razones de orden diverso que tienen que ver con la biografía personal eligen vivir sin una relación de pareja o sin relaciones sexuales sin que esto suponga una ausencia de realización afectiva que alcanzan a través de los lazos familiares o de amistad. Para estas personas la prioridad es vivir su identidad. Esta situación se presenta con más frecuencia en mujeres transexuales transexuales⁶¹.

En las relaciones afectivas las mujeres transexuales a diferencia de los hombres transexuales, no eligen, son elegidas, sus criterios de exclusión son menos exigentes y con cierta frecuencia establecen relaciones de menor grado de estabilidad y más problemáticas. El que las parejas de las mujeres transexuales sean habitualmente varones heterosexuales implica otras dificultades: el varón es menos flexible y se adapta peor a las situaciones nuevas, prioriza con frecuencia lo sexual sobre lo afectivo y con frecuencia se acerca a las personas transexuales buscando “el morbo”, lo que favorece el sentimiento de ser un “objeto” para la satisfacción del varón transexuales ⁶².

Los dos factores que, en mayor medida, pueden prevenir el que esta situación se genere son la aceptación por parte de la familia de origen y la independencia económica.

La existencia de afecto y apoyo de la familia y amigos y la seguridad que proporciona un trabajo y unos ingresos estables favorece que la persona posea una buena autoestima, lleve las riendas de su vida y no esté dispuesta a perder su independencia salvo que la situación lo merezca ⁶¹.

La mujer transexual, con independencia de su orientación sexual, necesita ser vista por su pareja como mujer, sus signos de masculinización (ausencia de pecho, presencia de genitales, vello, voz grave) van a interferir con su integración social y sexual y dificultar su invisibilidad social.

Los problemas más habituales a los que se suelen enfrentar son:

1. Su dificultad para revelar su condición a los varones que se sienten atraídos por ellas.
2. Su temor a la agresión si alguien revela su condición, o su posible pareja detecta respuestas sexuales inesperadas (erección) o intenta acceder a sus zonas íntimas (pechos, genitales) no sometidas aún a modificación.

Aunque existen grandes diferencias individuales en las situaciones de intimidad, son la ausencia de pecho y la presencia de pene y testículos los factores que más interfieren.

Las transexuales femeninas utilizan diversas técnicas para evitar que en las relaciones sexuales se aprecie el pene y los testículos. En algunos casos se trata de técnicas muy dolorosas; por ejemplo se recogen el pene hacia atrás con esparadrapo, sus testículos los introducen en el abdomen, utilizan ropa interior como tangas-faja y no se las quitan durante las relaciones, etc.

Existen mitos que coartan la expresión sexual, algunas mujeres transexuales manifiestan renunciar a la masturbación porque estimula la producción de testosterona y favorece su masculinización. Aunque la actividad sexual va asociada a un leve incremento en la producción de andrógenos, su efecto es tan inapreciable que no está justificada la limitación que supone para su vivencia sexual.

Los tratamientos hormonales parecen afectar a la intensidad de las emociones positivas y negativas en general y a los sentimientos sexuales y agresivos en particular ⁶³.

En mujeres transexuales la respuesta sexual, a diferencia de los varones transexuales donde por el tratamiento hormonal puede producirse una mejora especialmente en el deseo, se ve menoscabada. Los tratamientos con antiandrógenos para debilitar el vello o con estrógenos para inducir los caracteres sexuales secundarios femeninos, afectan al deseo, la excitación y la respuesta orgásmica.

Si la persona no tiene pareja o no tiene interés en mantener relaciones sexuales los efectos resultan menos perjudiciales, pero sí, sin embargo, existe una relación de pareja o la persona mantiene relaciones sexuales habituales esta falta de deseo, excitación u orgasmo puede suponer una limitación importante.

Las mujeres transexuales con reasignación quirúrgica de genitales manifiestan en general un buen nivel de satisfacción con la intervención y con su nueva vivencia de la sexualidad y esto va a estar condicionado por:

- ✓ La técnica quirúrgica: resultado estético y funcional.
- ✓ La existencia de seguimiento pre y postquirúrgico.
- ✓ El grado de independencia económica y autoestima.

Desde el punto de vista de la respuesta sexual, algunos programas ofrecen asesoramiento sexual individual y de pareja pre y postcirugía, alcanzándose elevados niveles de satisfacción en cuanto al deseo, excitación y orgasmo, tanto en el plano individual a través del autoerotismo, como en la interacción de pareja, sea esta estable u ocasional⁶⁴.

Es necesario que este sector de la población vivencie su sexualidad de la forma más sana y plena posible, en ausencia de mitos y creencias limitadoras⁶².

Como explica Soley-Beltran en el capítulo: ¿Citas perversas? De la distinción sexo-género y sus apropiaciones, dentro del libro: Sexualidades migrantes. Género y transgénero “los transexuales sienten un desequilibrio entre los placeres que desean experimentar y su autopercepción corporal como sujetos del género”. Esta afirmación la comparten muchas de las personas transexuales. Así, crean y recrean en su imaginación un esquema corporal distinto al que tienen, para poder sentir placer o al menos para que no les sean dolorosas. Hay que decir, que una de las cuestiones más importantes para estas personas y que priorizan por encima de otras experiencias, es vivir su identidad⁶⁵.

2. Justificación:

La revisión de la literatura científica muestra la escasez de estudios realizados a día de hoy que evalúen aspectos fundamentales sobre sexualidad en dos colectivos diferenciados, por un lado mujeres que ejercen la prostitución, y por otro lado mujeres transexuales.

Por tanto, se hace necesario estudiar como ellas viven su propia sexualidad, evaluando así la salud y satisfacción sexual, ya que existe una gran cantidad de trabajos teóricos, elaboraciones argumentadas sobre estos dos fenómenos, pero que escasamente se han acercado a la realidad o no han sido nunca contrastados con ella.

Resulta muy difícil conocer las dimensiones de la prostitución femenina en España. Algunas fuentes han estimado que alrededor de 300.000 mujeres, debido al incremento del comercio sexual ligado al tráfico de personas con fines de explotación para la prostitución durante las dos últimas décadas.

En relación a personas transexuales resulta muy complicado saberlo, en España se estima que haya entre 3000 y 8000 personas transexuales, de las cuales quizás más de la mitad correspondan a mujeres transexuales.

Por todo ello, resulta preciso indagar sobre esta área desconocida en la que hemos de intentar saber mucho más de la realidad de estas mujeres de lo que se sabe en la actualidad.

3. Objetivos:

❖ Objetivo General:

La finalidad de este estudio de investigación, es analizar y conocer la salud y satisfacción sexual de dos grupos diferenciados. Por un lado una muestra de mujeres que ejercen la prostitución, y en segundo lugar mujeres transexuales.

❖ Objetivos Específicos:

- Conocer si acuden a controles ginecológicos rutinarios.
- Averiguar si han sido contagiadas en alguna ocasión por algún tipo de ITS/SIDA.
- Valorar la utilización del preservativo como método anticonceptivo y preventivo de ITS/SIDA.
- Averiguar si presentan disfunción sexual femenina.
- Analizar cada una de las dimensiones que componen la respuesta sexual humana.
- Presencia o ausencia de lubricación y dolor en las relaciones sexuales.
- Valorar la satisfacción sexual en las relaciones sexuales.
- Presencia o ausencia de confianza y cercanía en las relaciones sexuales.
- Grado de preocupación por su actividad sexual.
- Analizar si en caso de poseer pareja, existe una mayor satisfacción y diferencias significativas en la respuesta sexual, comparando ambos tipos de relación.

4. Hipótesis:

Al tratar de dar respuesta a cómo viven mujeres que ejercen la prostitución y mujeres transexuales su propia sexualidad se han planteado las siguientes hipótesis en función de los grupos del estudio ya que no son equivalentes:

- *Mujeres que ejercen la prostitución:*
 - ✓ Escaso control ginecológico.
 - ✓ Posibles contagios de ITS/SIDA.
 - ✓ Uso preservativo como método de elección.
 - ✓ Mayor número de mujeres disfuncionales en sus relaciones con personas que no se considere pareja sentimental.
 - ✓ Respuesta sexual disminuida en todas y cada una de las dimensiones en las relaciones con otras personas.
 - ✓ Escasa lubricación y mayor sensación de dolor en las relaciones sexuales en el ámbito laboral o relaciones esporádicas.
 - ✓ Satisfacción sexual disminuida.
 - ✓ Escasa confianza y cercanía en las relaciones sexuales esporádicas, a diferencia de las relaciones estables.
 - ✓ Preocupación por su actividad sexual.
 - ✓ En caso de que tengan pareja, las relaciones sexuales creemos que serán en general más satisfactorias, al igual que habrá una mejor respuesta sexual.

- *Mujeres transexuales:*
 - ✓ Mayor control ginecológico, en comparación con el grupo de prostitución.
 - ✓ Escasos contagios de ITS/SIDA.
 - ✓ Uso preservativo como método de elección.
 - ✓ Mayor número de mujeres disfuncionales en sus relaciones esporádicas que con pareja sentimental.
 - ✓ Disminución de la respuesta sexual (deseo, excitación y orgasmo) posiblemente debido al tratamiento hormonal.
 - ✓ Escasa lubricación y mayor sensación de dolor en las relaciones sexuales esporádicas.
 - ✓ Satisfacción sexual disminuida si no considera finalizado el tratamiento de reasignación de sexo.
 - ✓ Escasa confianza y cercanía en las relaciones sexuales, si se trata de una relación esporádica.
 - ✓ Preocupación por su actividad sexual.
 - ✓ En caso de que tengan pareja sentimental, suponemos que habrá una mejora en todos los aspectos de la respuesta sexual ya que la confianza que le ofrece su pareja le hará sentirse mejor sin necesidad de ocultar nada.

5. Metodología:

- **Materiales y métodos**

5.1.- PARTICIPANTES

La muestra de este estudio está compuesta por 52 mujeres residentes en distintas provincias de España (ver anexo 1).

- 30 mujeres que ejercen la prostitución residentes en la actualidad en la provincia de Almería y procedentes de distintas nacionalidades.
- 22 mujeres transexuales: 3 mujeres residentes en la ciudad de Almería, 14 mujeres pertenecientes a ATA (Asociación de Transexuales de Andalucía) y 5 mujeres residentes de la comunidad Valenciana.

En cuanto a la edad, en el grupo de mujeres que ejerce la prostitución el rango se extiende desde los 22 años hasta los 46 años con una media de 31,67, y una desviación típica de 6,625, y en mujeres transexuales el rango se extiende desde los 24 años hasta los 54 años con una media de 38,77, y una desviación típica de 9,335 (ver anexo 1).

5.1.1.- Criterios de inclusión y de exclusión:

Los criterios de inclusión del estudio son:

- Ser mujer y ejercer la prostitución en la actualidad.
- Mujeres transexuales independientemente de que haya sido sometida o no a la Cirugía de Reasignación de Sexo.
- Aceptación a participar en la investigación de manera libre y voluntaria.

Los criterios de exclusión del estudio son:

- No satisfacer algunos de los criterios de inclusión, independientemente de las razones.

5.1.2.- Variables a estudiar:

MUJERES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN

❖ *Variables sociodemográficas* (ver anexo 1):

- Edad
- Estudios
- Convivencia
- Pareja
- Pareja - tiempo
- Prostitución - tiempo
- Abandonar prostitución
- Control ginecológico
- ITS/SIDA
- Preservativo - pareja habitual
- Preservativo - relaciones esporádicas
- Preservativo femenino

❖ *Variable dependiente:*

- Cuestionario EVAS-M (Escala de Evaluación de la Actividad Sexual en la Mujer), en relación a la pareja sentimental, y relaciones esporádicas (ver anexo 1).

MUJERES TRANSEXUALES

❖ *Variables sociodemográficas (ver anexo 1):*

- Edad
- Estudios
- Convivencia
- Pareja
- Pareja - tiempo
- Consciencia - transexualidad
- Cirugía de Reasignación de Sexo
- Motivo - No
- Finalización CRS
- Control ginecológico
- ITS/SIDA
- Preservativo - pareja habitual
- Preservativo - relaciones esporádicas

❖ *Variable dependiente:*

- Cuestionario EVAS-M (Escala de Evaluación de la Actividad Sexual en la Mujer), en este caso aunque se intento pasar dos veces, es decir pareja estable y relaciones esporádicas, no fue posible debido a las características de la muestra (ver anexo 1).

5.2.- INSTRUMENTO

❖ **Escala de Evaluación de la Actividad Sexual en la Mujer (EVAS-M):**

Evalúa mediante una escala corta de 10 ítems los problemas en la actividad sexual de la mujer para discriminar entre la población funcional y disfuncional. Siete de ellos se corresponden con los seis dominios originales que miden los 19 ítems que plantea el Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI). Los tres ítems restantes pretenden dimensionar la escala haciendo referencia al grado de preocupación sobre la actividad sexual, al tiempo de insatisfacción y a la presencia o no de disfunción en la pareja. Este cuestionario corto utiliza sólo un ítem por dimensión, excepto en satisfacción que utiliza dos, uno para satisfacción general y otro para satisfacción en pareja. Los dominios del cuestionario son: Deseo, Excitación subjetiva, Excitación general genital, Orgasmo, Dolor y Satisfacción. La escala EVAS-M predice correctamente el 77,3% de eufunción (especificidad o verdaderos negativos) y el 66,7% de disfunciones sexuales (sensibilidad o verdaderos positivos), con un total de clasificaciones correctas del 76,1%. Ofrece un índice de sensibilidad (0,66) y de especificidad (0,77) similares a otras escalas que se indican para su uso en atención primaria (ver anexo 1).

A este instrumento le añadimos las variables independientes descritas anteriormente, ya que pensamos que son esenciales en nuestro estudio, para poder determinar posibles diferencias, en relación a la situación personal de cada una de ellas.

5.3.- PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo la recogida de datos, ha sido necesaria, como ya hemos comentado anteriormente, la participación de mujeres que ejercen la prostitución, y mujeres transexuales. Para ello contactamos con diversas asociaciones de estos colectivos de varias provincias de España, a través de vía telefónica y/o e-mail, adjuntando un documento, el cuál expresaba que se trata de una investigación a través de la Universidad de Almería, y en concreto del Máster de Sexología.

Les garantizamos la confidencialidad de los datos aportados por cada una de las participantes, además de informarles de que la participación era totalmente voluntaria. Establecimos un compromiso con ellas para atender cuantas dudas puedan surgirles en el momento de pasar los cuestionarios o después.

Proyecto Emaús - Adoratrices Almería, fue una de las asociaciones participantes, se trata de una entidad privada sin ánimo de lucro creada para lograr la plena integración social y desarrollo personal de la mujer joven, víctima de prostitución y/o trata con fines de explotación sexual o en riesgo de padecerla. En definitiva, facilitan el desarrollo integral y mejoran las condiciones de vida de las mujeres en contextos de prostitución y su inclusión en la sociedad de manera normalizada. La responsable de este proyecto, fue quién se encargó, de comunicar a las mujeres el objetivo de la investigación, y animó a su participación. Díez fueron las participantes, aunque no fue posible el contacto con ellas.

El Área de Inmigración de Cruz Roja, fue otra de las instituciones colaboradoras, tras pedir un permiso nos concedieron poder ir una mañana a las salidas que realizan con el voluntariado por distintas zonas de la provincia, en busca de mujeres que se encuentran en zonas marginales, y en precarias condiciones de vida. Tras realizar ellos su labor, le explicábamos en qué consistía el cuestionario, y les animábamos a su participación. A pesar de la negatividad y desconfianza que mostraban, cinco mujeres de distintas nacionalidades, participaron, previamente le explicamos cada uno de los ítems, y les insistimos en que debían ser lo más sinceras posibles. El cuestionario también estaba traducido al inglés por la barrera idiomática existente.

Debido a la limitación de muestra, y la escasez de participación por parte de las distintas asociaciones, consideramos que otra alternativa sería acudir a clubs donde se ejercía la prostitución. Acudimos a tres clubs situados en la capital de Almería. En primer lugar nos dirigimos a la persona responsable de cada establecimiento, y le explicamos el motivo de nuestra visita, adjuntando el documento que valida lo expuesto. Ningún establecimiento nos puso inconveniente alguno para dirigirnos a las chicas y dialogar con ellas. Les explicábamos el cuestionario, y lo rellenaban de manera individual, en un tiempo aproximado de 10-15 minutos. Los clubs visitados tuvieron una buena aceptación y participación un total de quince mujeres.

El otro colectivo participe de esta investigación resulta ser también una muestra minoritaria, y por tanto dificultosa para su obtención. En primer lugar contactamos también con varias asociaciones de las distintas CCAA, siendo Asociación de Transexuales de Andalucía (ATA), ubicada en Sevilla, quién acepto participar en la investigación. Le enviamos a la dirección indicada treinta cuestionarios, más las pautas necesarias para rellenarlos adecuadamente y la responsable se encargo de difundirlos y reenviarlos, aunque finalmente sólo hubo catorce participantes. También cinco mujeres pertenecientes a la Asociación de Transexuales de la Comunidad Valenciana colaboraron y nos los reenviaron por correo.

En la capital de Almería, contactamos con tres mujeres transexuales a las que personalmente les explicamos el objeto a investigar, y posteriormente nos los rellenaron.

A pesar de todo lo acontecido, y el esfuerzo realizado para encontrar participantes, ha resultado ser una experiencia muy positiva y satisfactoria, además del afecto recibido por parte de todas las colaboradoras.

5.4.- DISEÑO DEL ESTUDIO

Es un estudio descriptivo, transversal, en el que se analiza y estudia cómo viven la sexualidad mujeres que ejercen la prostitución y mujeres transexuales.

Se realiza un estudio descriptivo de las variables sociodemográficas, contraste de hipótesis, y análisis de correlaciones cuando este análisis ha resultado relevante.

6. Análisis de datos:

Una vez finalizada la fase anterior, todos los datos recogidos fueron introducidos en ficheros informáticos y codificados, para proceder, posteriormente, a realizar los análisis estadísticos necesarios a través del programa SPSS (en su versión 17.0 para Windows).

A continuación procederemos a detallar los análisis efectuados, para así facilitar la interpretación de los resultados. En primer lugar, presentamos el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y posteriormente presentamos los análisis de contraste.

6.1 Análisis descriptivo de variables sociodemográficas:

- **Mujeres que ejercen la prostitución:**

Como se puede observar en la siguiente figura, la mayoría de la muestra tienen estudios básicos y de grado medio (ver figura1).

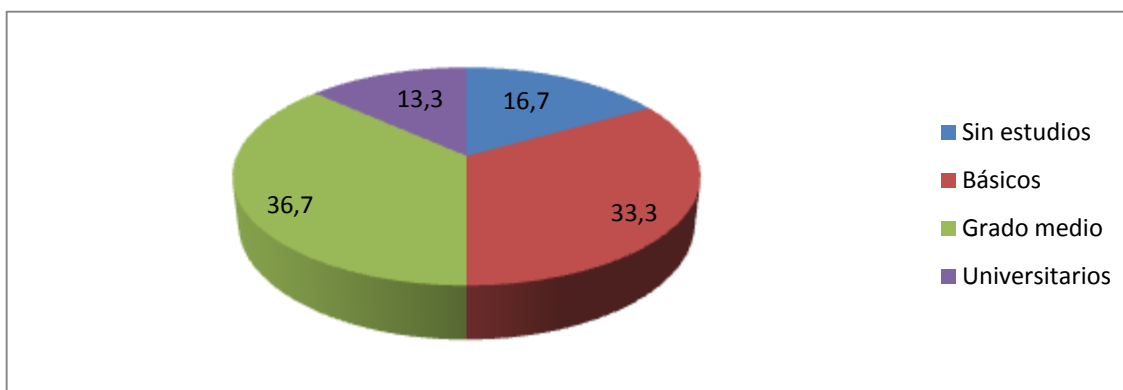


Figura 1: Distribución de los porcentajes en relación al nivel académico.

Lo más destacable es que la mayoría viven en pareja o piso compartido (ver figura2).

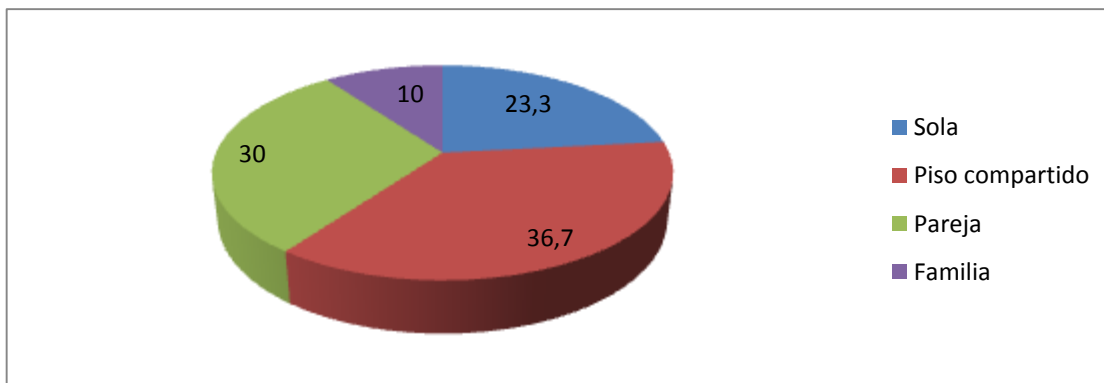


Figura 2: Distribución de los porcentajes en relación al estilo de convivencia.

Más de un 50% de la muestra mantiene al mismo tiempo relaciones de pareja y ejerce la prostitución, lo que nos posibilita hacer posteriormente un análisis comparativo de la respuesta sexual en este grupo y en ambos tipos de relación con el mismo instrumento de medida (ver figura 3).

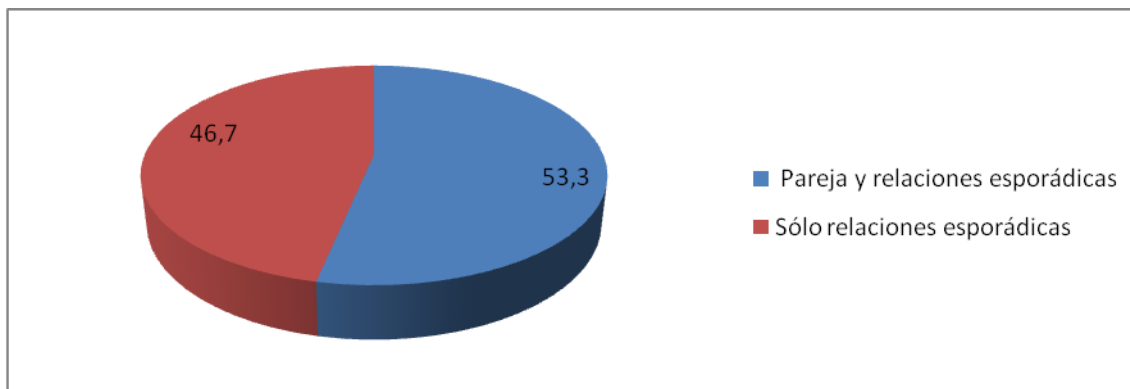


Figura 3: Distribución de los porcentajes en relación con el estilo de pareja.

Además la mayoría de las que tienen pareja la mantienen desde hace más de un año y menos de cuatro, es decir, se trata de parejas estables, aunque no de muy larga duración (ver figura 4).

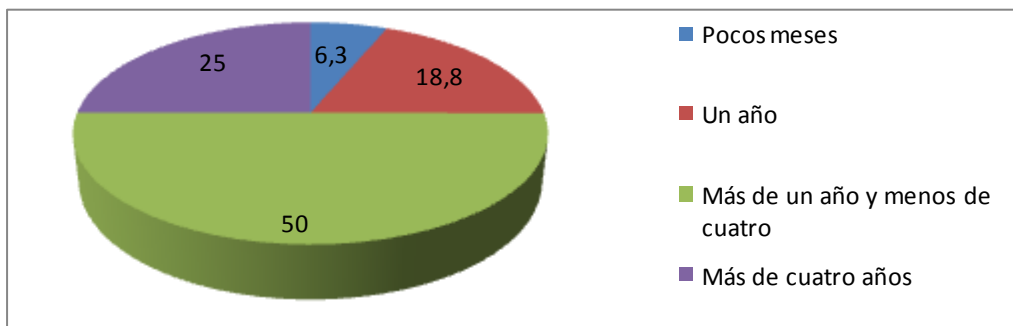


Figura 4: Distribución de los porcentajes según duración relación de pareja.

Y a su vez la mayoría llevan meses o años ejerciendo la prostitución (ver figura 5).

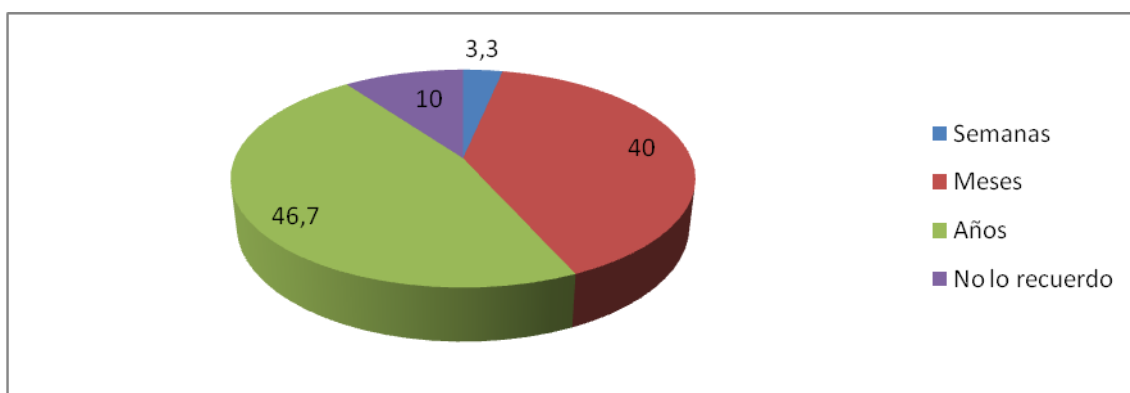


Figura 5: Distribución de los porcentajes según tiempo ejerciendo la prostitución.

Tal y como muestra el gráfico, el 70% de las participantes desean abandonar la prostitución (ver figura 6).

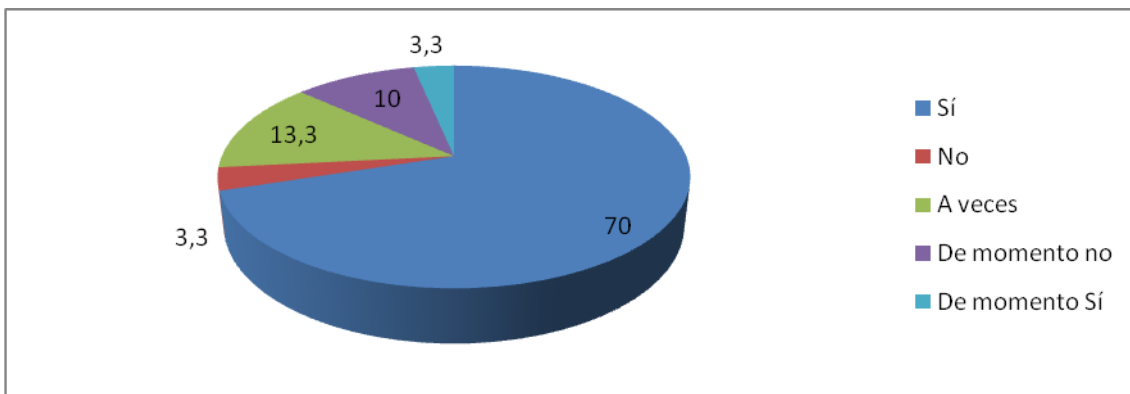


Figura 6: Distribución de los porcentajes en relación al deseo de abandonar la prostitución.

En cuanto a controles ginecológicos, el 20% de las mujeres nunca o raramente han acudido, frente al 36,7% que afirma acudir a menudo o casi siempre-siempre (ver figura 7).

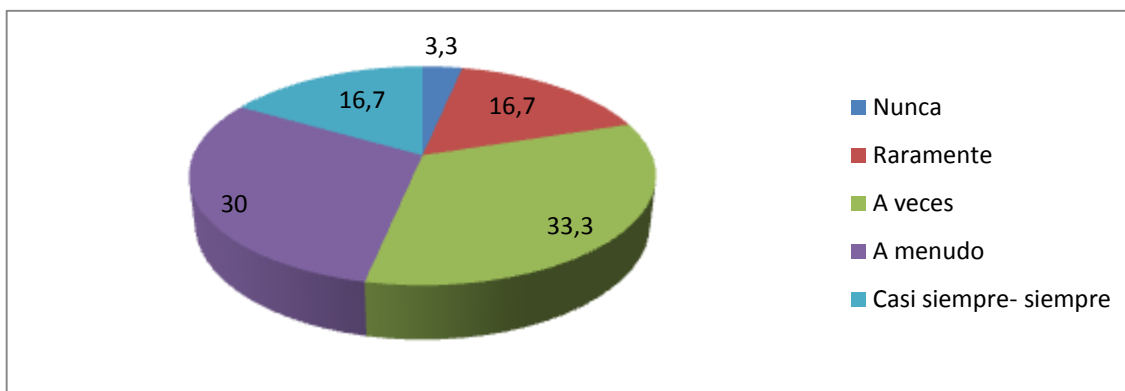


Figura 7: Distribución de los porcentajes según asistencia a controles ginecológicos.

En relación a si conocen haber sido contagiadas por Infecciones de transmisión sexual (ITS), los porcentajes fueron los siguientes: el 50% de las mujeres han sido contagiadas por el Virus del Papiloma Humano (VPH), el 13,3% gonorrea, el 10% padeció o padece sífilis, el 10% hepatitis, y sólo un 16,7% de las mujeres no conocen o no están contagiadas por ninguna ITS (ver figura 8).

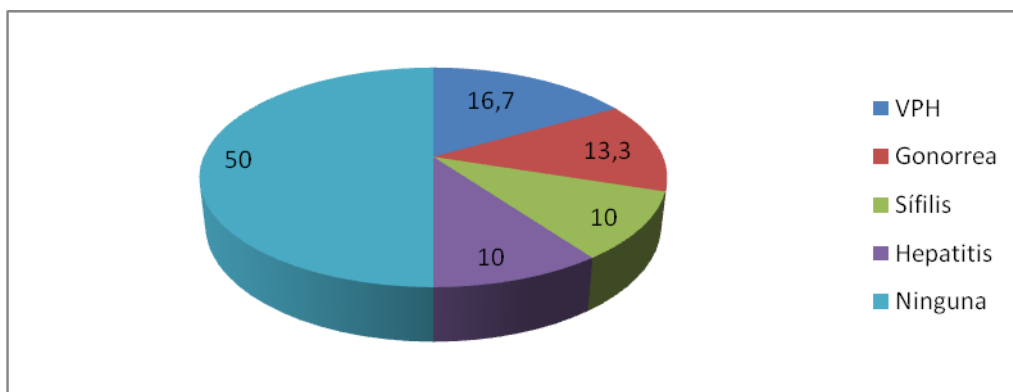


Figura 8: Distribución de los porcentajes según posibles contagios ITS.

En cuanto a utilización del preservativo masculino en sus relaciones de pareja, y en las relaciones esporádicas y/o con sus clientes, presentamos un gráfico de ambos para así poder apreciar y contrastar las diferencias (ver figura 9).

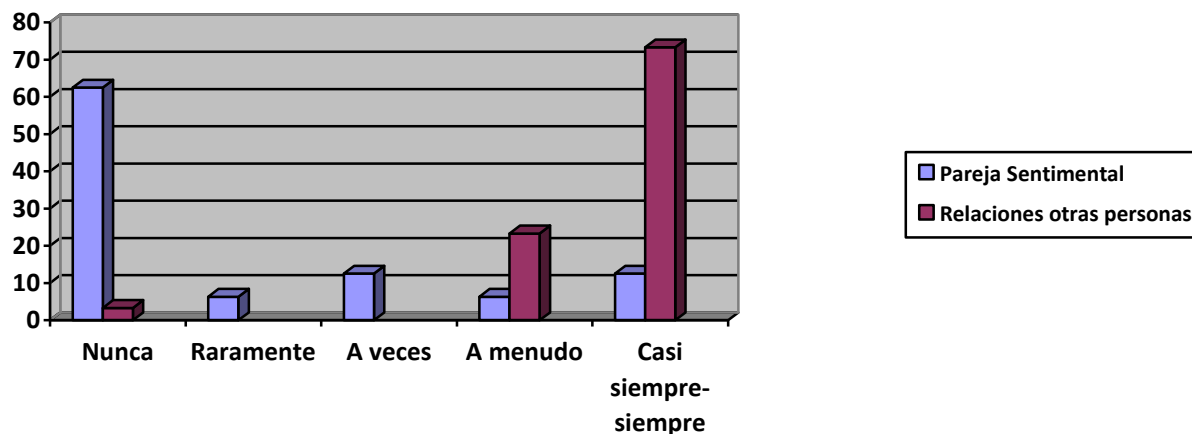


Figura 9: Distribución de los porcentajes según utilización preservativo con la pareja y relaciones esporádicas.

En cuanto a la utilización del preservativo femenino, el 83,3% de las mujeres nunca lo han utilizado, frente al 6,7% que lo usa casi siempre – siempre (ver figura 10).

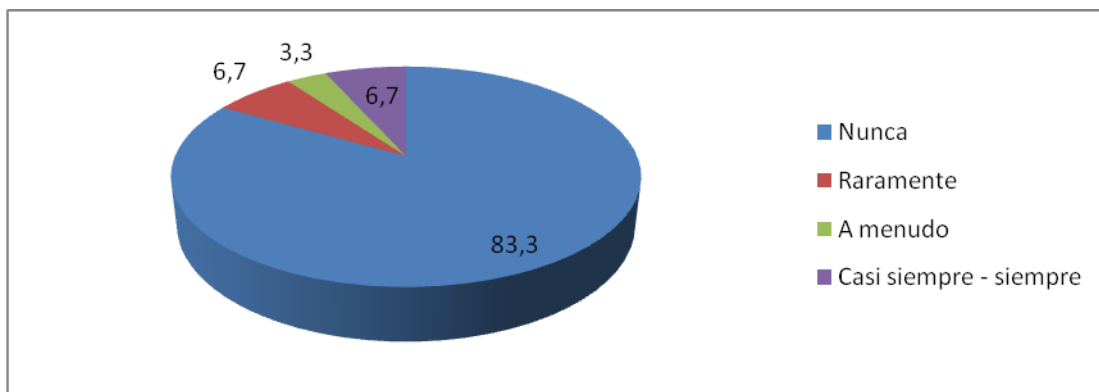


Figura 10: Distribución de los porcentajes según utilización preservativo femenino.

- **Mujeres transexuales:**

En contraste con el grupo que ejerce la prostitución, en el grupo de transexuales hay un mayor número de mujeres universitarias, aunque la mayoría sigue repartiéndose entre estudios básicos y de grado medio (ver figura 11).

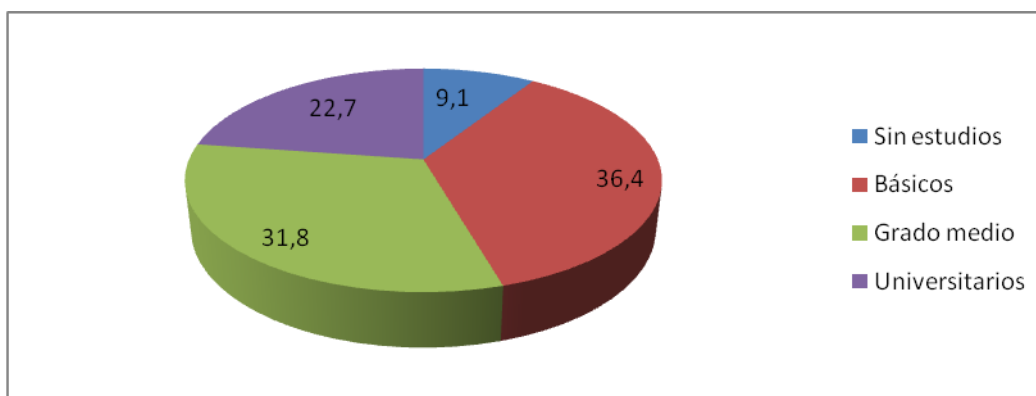


Figura 11: Distribución de porcentajes en relación al nivel académico.

Igual que en el grupo anterior, la mayoría viven en piso compartido o con pareja (ver figura 12).

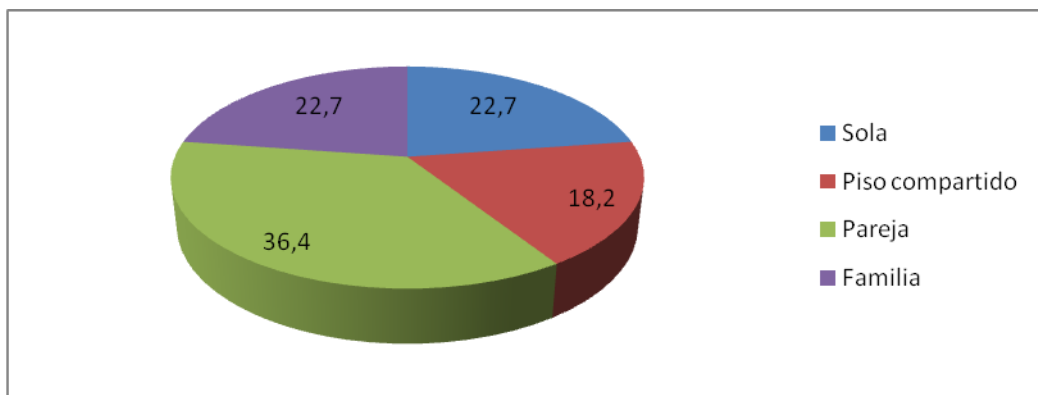


Figura 12: Distribución de los porcentajes en relación al estilo de convivencia.

En contraste con el grupo de prostitución, en este caso alrededor de un 60% sólo mantienen relaciones esporádicas (ver figura 13).

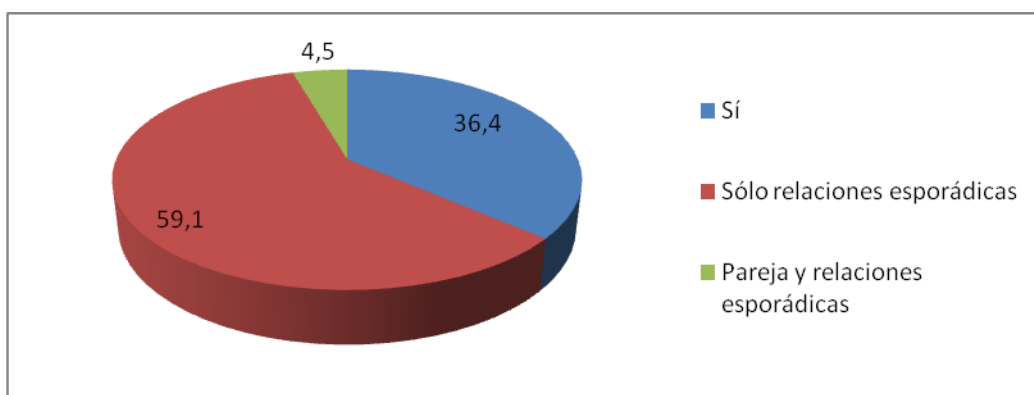


Figura 13: Distribución de los porcentajes en relación con el estilo de pareja.

Las mujeres que afirman tener pareja, el 55,6 %, se trata de relaciones estables de larga duración (ver figura 14).

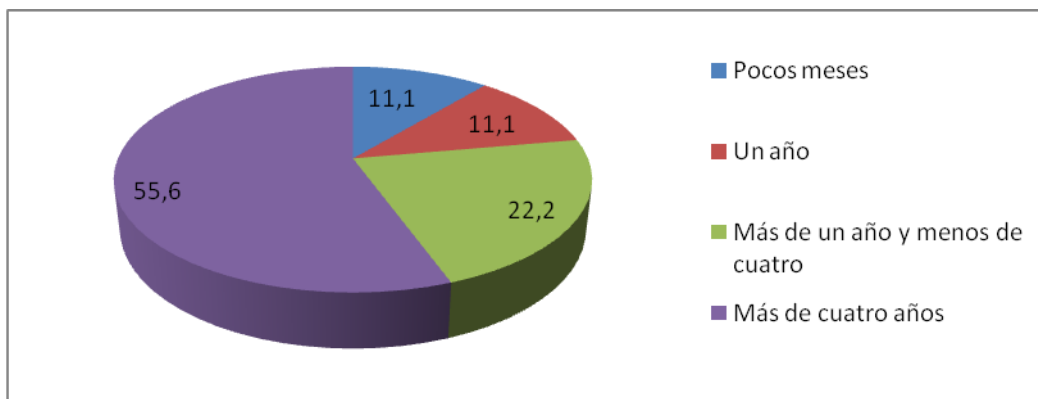


Figura 14: Distribución de los porcentajes según duración relación de pareja.

Más de un 60% de la muestra fue consciente de su condición transexual en la infancia (ver figura 15).

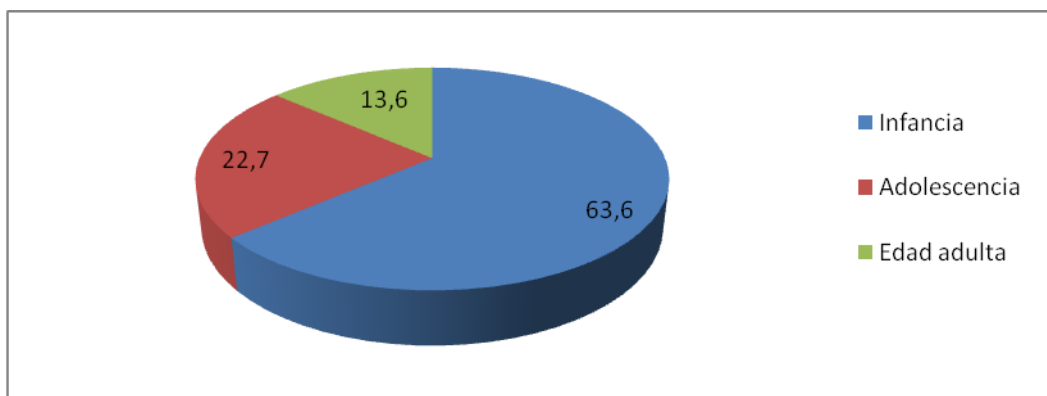


Figura 15: Distribución de los porcentajes según conciencia condición transexual.

En cuanto al proceso de CRS los datos arrojan porcentajes similares en todas las opciones ofrecidas, repartiéndose en porcentajes del 30% entre las que la han realizado, las que no, y las que aún no, siendo la razón para este último caso más aducida el alto coste del proceso (ver figura 16 y 17).

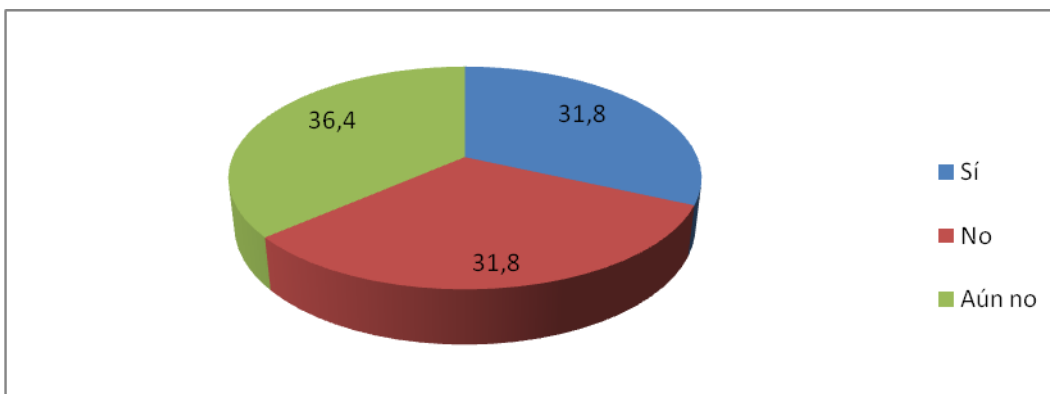


Figura 16: Distribución de los porcentajes en relación a si han sido sometidas a CRS.

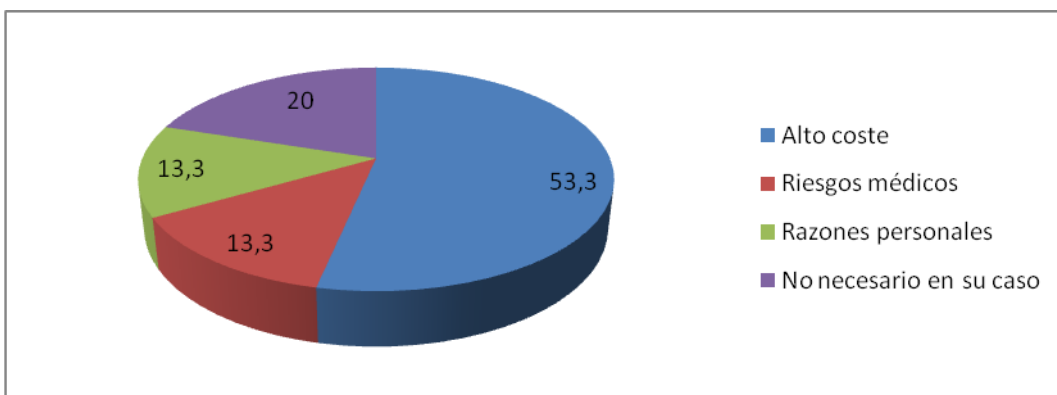


Figura 17: Distribución de los porcentajes motivo no CRS.

En cuanto a si consideran su proceso de reasignación de sexo finalizado, un 50% de las mujeres sí lo consideran finalizado, el 9,1% no, y el 40,9 % aún no (ver figura 18).

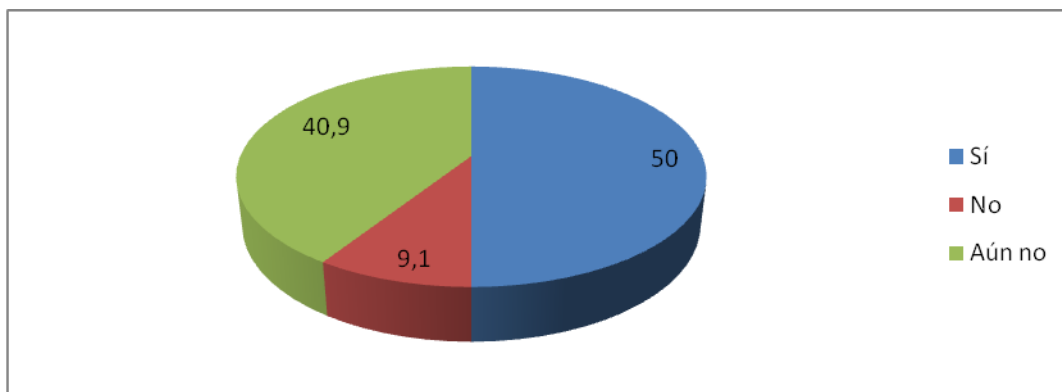


Figura 18: Distribución de los porcentajes en relación a si consideran finalizado CRS.

En cuanto a controles ginecológicos, el 40,9% de las mujeres nunca han acudido, frente al 31,8% que afirma hacerlo a menudo o casi siempre- siempre (ver figura 19).

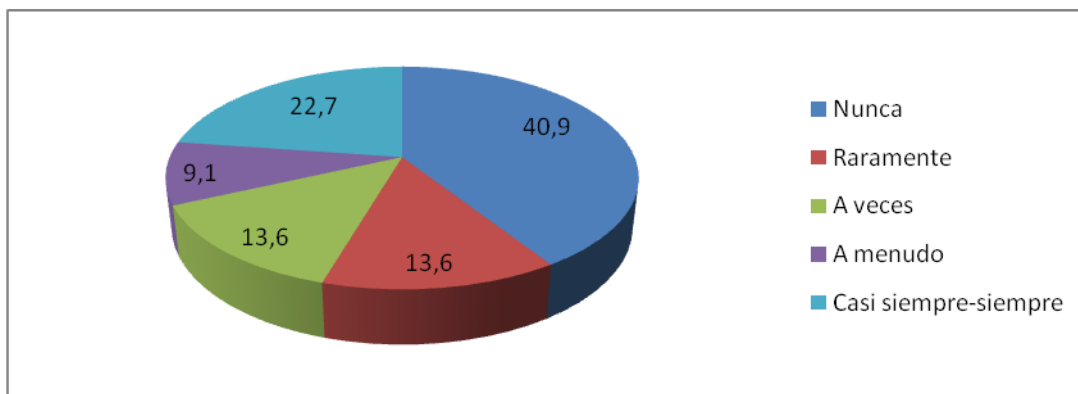


Figura 19: Distribución de los porcentajes según asistencia a controles ginecológicos.

En relación a si conocen haber sido contagiadas por Infecciones de transmisión sexual (ITS-SIDA), los porcentajes de mujeres que no padece o ha padecido ninguna infección es mucho más alto en este caso que en el de prostitución (ver figura 20).

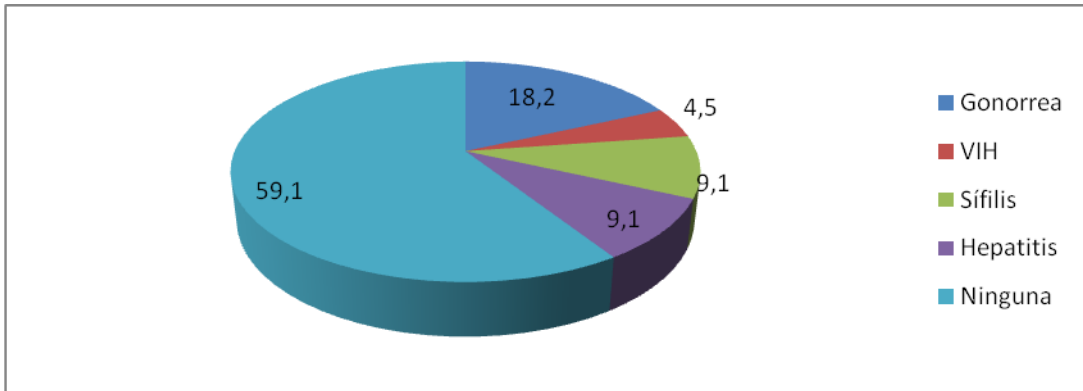


Figura 20: Distribución de los porcentajes según posibles contagios ITS- SIDA.

En cuanto a utilización del preservativo masculino en sus relaciones de pareja, y en las relaciones esporádicas, presentamos un gráfico igual que en grupo anterior para así poder apreciar y contrastar las diferencias (ver figura 21).

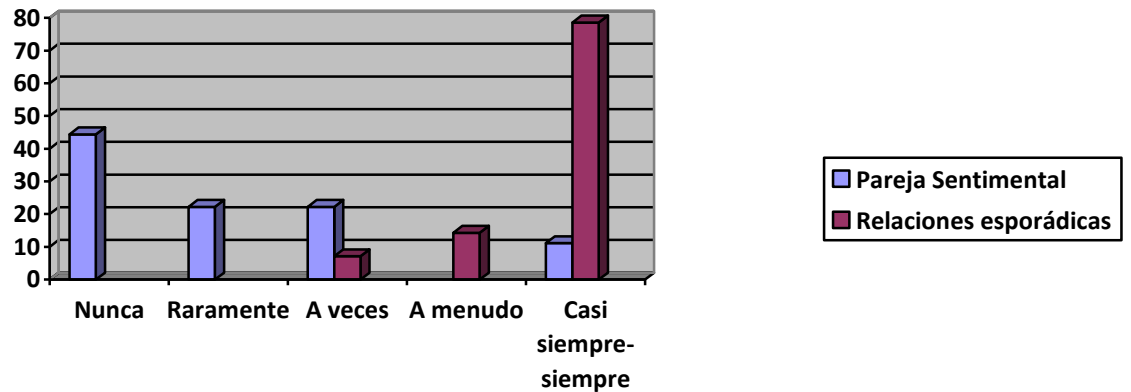


Figura 21: Distribución de los porcentajes según utilización preservativo con la pareja y relaciones esporádicas.

6.2 Análisis de la salud sexual por grupos:

- **Mujeres que ejercen la prostitución:**

- “Dificultad sexual en las personas con quienes mantienen relaciones sexuales”:

El siguiente gráfico muestra si encuentran dificultad sexual en las personas con las que mantienen relaciones sexuales, por un lado clientes o relaciones esporádicas (figura 22) y por otro lado con pareja sentimental (figura 23).

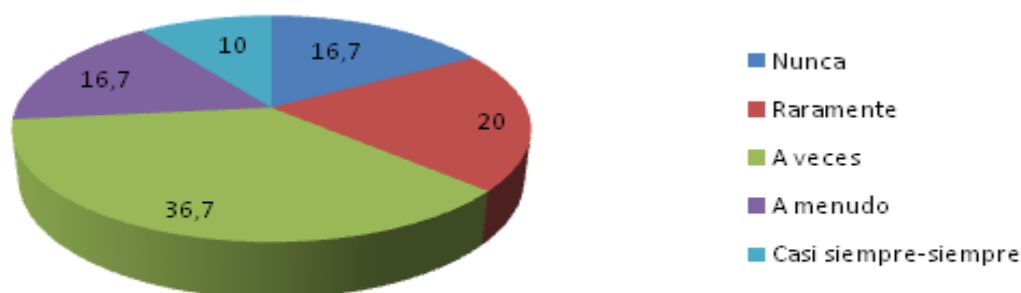


Figura 22: Distribución de los porcentajes según aparición de dificultad sexual en las personas con las que mantienen relaciones sexuales.

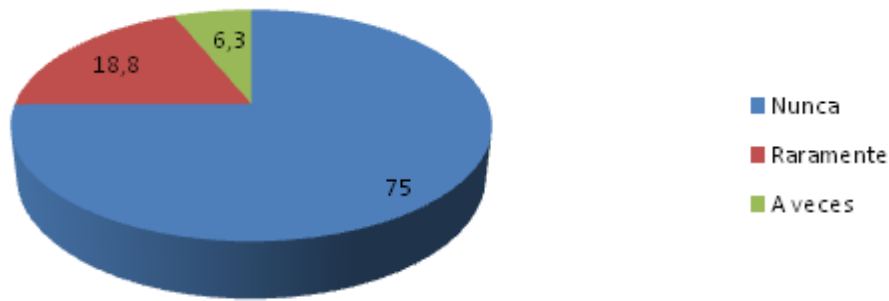


Figura 23: Distribución de los porcentajes según aparición dificultad sexual en sus parejas sentimentales.

En la comparación de los datos anteriores hay porcentajes muy llamativos, parece que las relaciones esporádicas tienen con bastante frecuencia problemas sexuales y que nunca o raramente las tienen las parejas sentimentales. Esto es importante porque parecería que en muchos casos los hombres recurren a la prostitución cuando tienen problemas sexuales. Tal vez estar con una “experta” en sexo sirve para “curar” las dificultades sexuales.

- *“Cercanía emocional y confianza con la pareja sexual”:*

Relaciones sexuales con otras personas (figura 24), y con sus parejas sentimentales en caso de que tengan (figura 25).

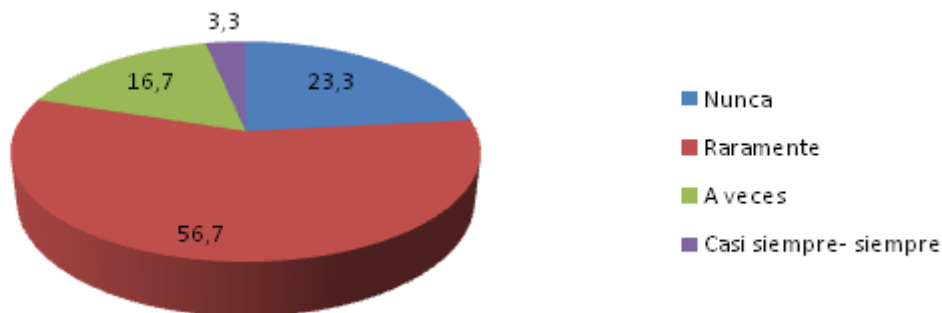


Figura 24: Distribución de los porcentajes según exista cercanía emocional y confianza en las relaciones sexuales con otras personas.

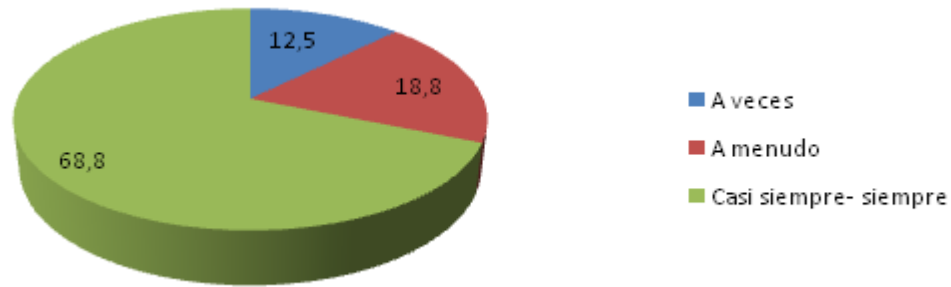


Figura 25: Distribución de los porcentajes según sientan cercanía emocional y confianza en las relaciones sexuales con sus parejas sentimentales.

- *“Preocupación con actividad sexual”:*

En relación a otras personas (figura 26) y pareja sentimental (figura 27).

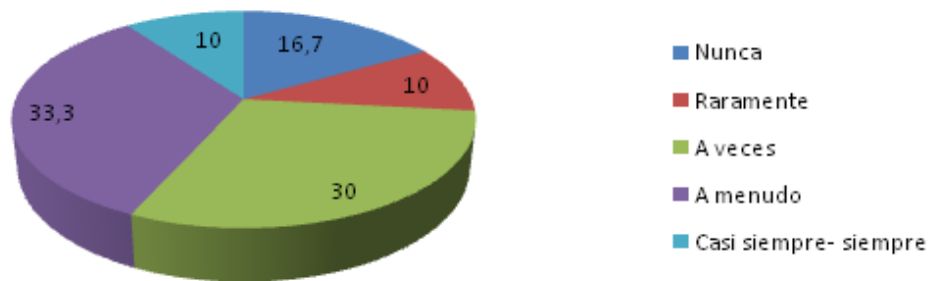


Figura 26: Distribución de los porcentajes según preocupación de la actividad sexual en relación a otras personas.

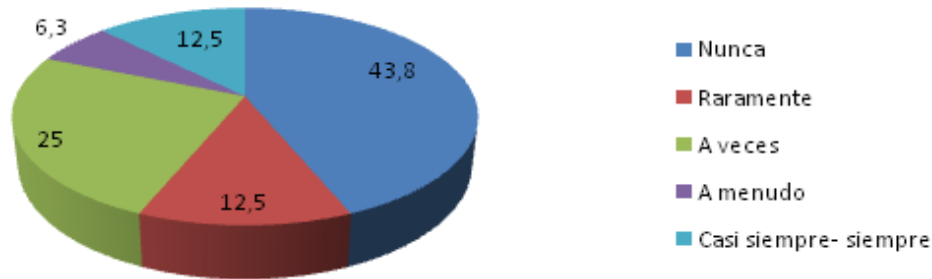


Figura 27: Distribución de los porcentajes según preocupación de la actividad sexual en relación a pareja sentimental.

Al comparar los dos gráficos observamos que las mujeres que ejercen la prostitución no analizan por igual su actividad sexual sin tener en cuenta con quién están, sino que este factor es relevante y mientras no sienten preocupación con sus parejas sentimentales, más de un 40% se sienten preocupadas en sus relaciones laborales, tal vez esto provenga de las prácticas de riesgo que asumen o bien de su falta de respuesta sexual adecuada cuando no tienen una relación emocional con la persona con la que practican sexo, los datos podrían dar la razón a esta opción puesto que las mujeres son más disfuncionales en parejas sexuales de prostitución que con sus parejas sentimentales.

- “Disfunción sexual”:

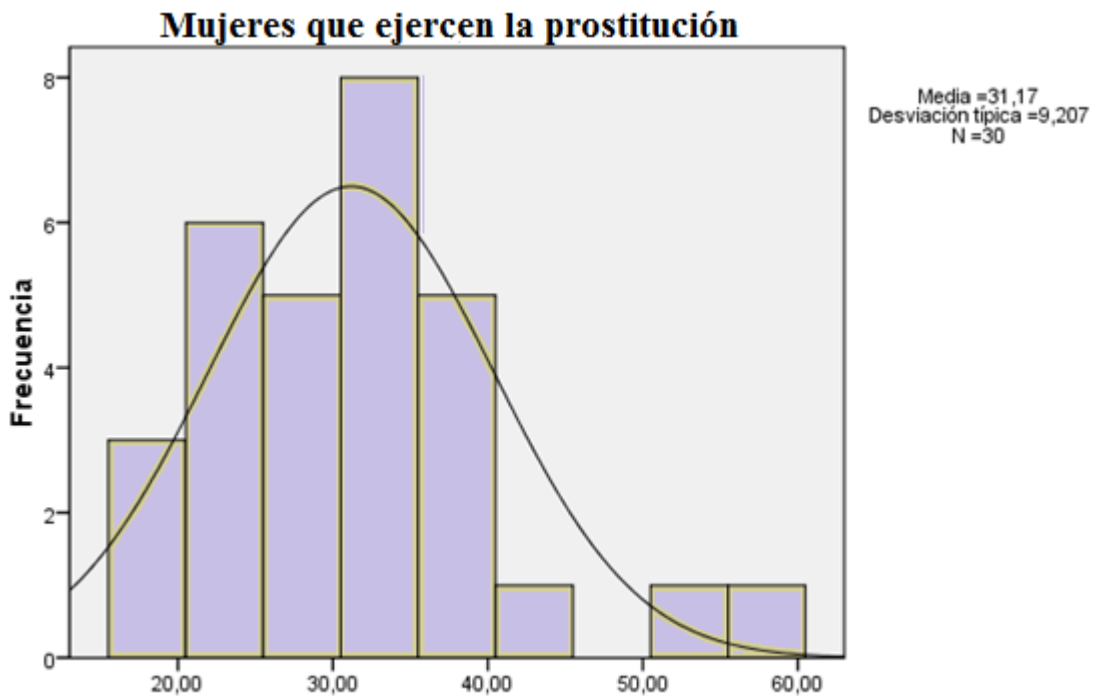


Figura 28: EVAS – M Otras personas

Tal y como muestra el anterior gráfico, la media del EVAS-M en relación a las relaciones sexuales con otras personas, es de 31,17, por tanto los resultados muestran que son disfuncionales, ya que una puntuación menor de 37,48 significa la posibilidad de que exista disfunción sexual femenina (ver figura 28).

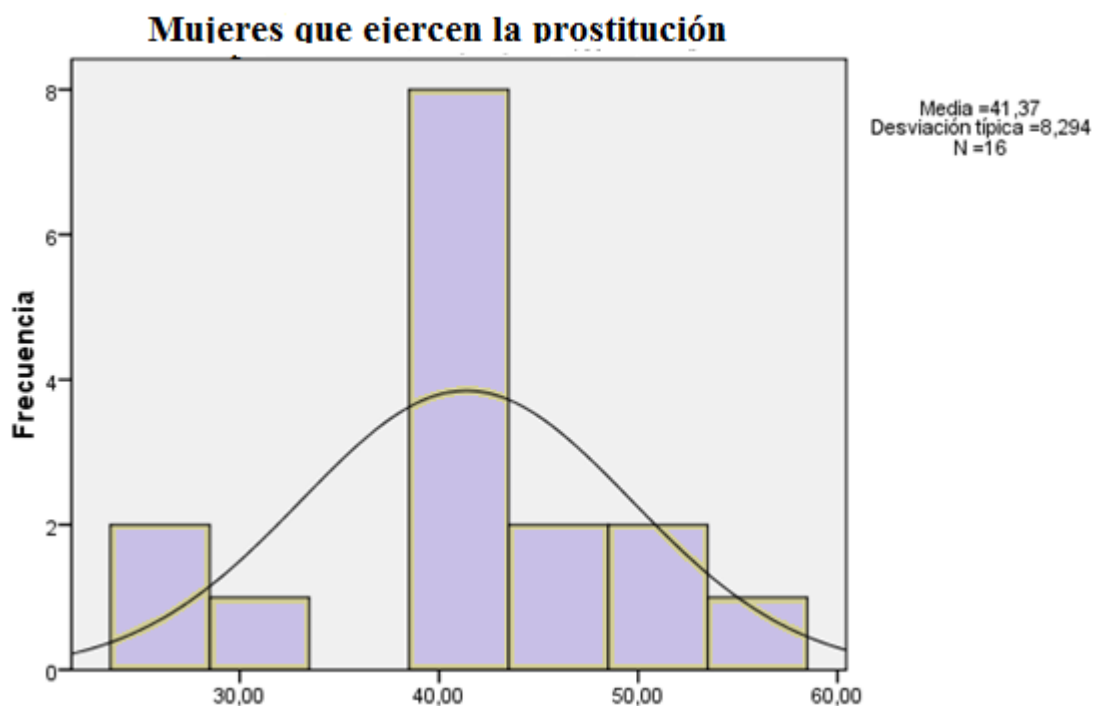


Figura 29: EVAS –M Pareja sentimental

La puntuación del EVAS-M correspondiente a las relaciones sexuales con pareja sentimental, únicamente analizadas a quienes la mantienen, en este caso 16 mujeres, es de 41,37, por tanto los datos muestran que la mayoría de las mujeres que ejercen la prostitución son funcionales cuando se valora su sexualidad con su pareja sentimental (ver figura 29).

A continuación procederemos a detallar los porcentajes con mayor exactitud de mujeres que presentan disfunción sexual femenina en relaciones con otras personas y relaciones con pareja (ver figura 30).

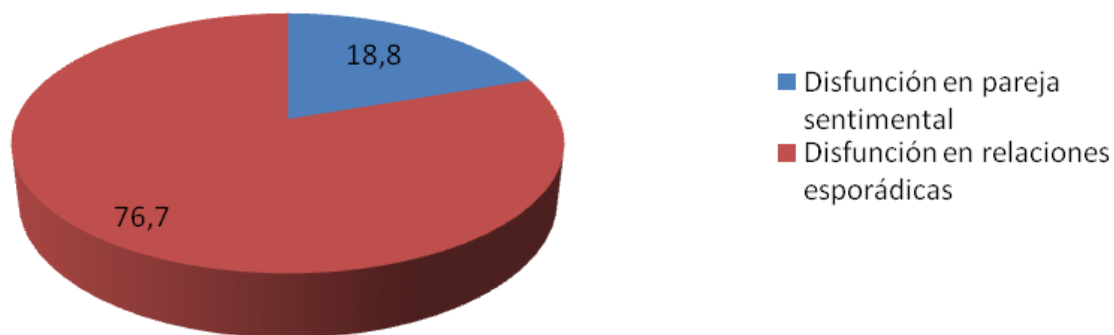


Figura 30: Distribución de los porcentajes de disfunción sexual femenina.

De un total de 30 mujeres encuestadas, 23 de ellas presentan disfunción sexual en sus relaciones esporádicas, siendo el porcentaje 76,7%. En el caso de si existe disfunción con pareja sentimental, de las 16 mujeres que mantienen una relación sentimental, 3 de ellas si son disfuncionales con sus parejas, hallando un porcentaje del 18,8%.

Análisis por dimensiones del EVAS en función del tipo de pareja sexual en prostitución.

El siguiente gráfico, muestra las puntuaciones que obtienen como grupo en cada una de las dimensiones (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor), diferenciando en dos grupos, otras personas (OP) y pareja sentimental (PS). Puntuaciones por debajo de 3, representa que existe disfunción en esa dimensión. En este caso podemos observar, que existe disfunción con otras personas en todas las dimensiones excepto en dolor. Sin embargo con la pareja sentimental no se observa en ninguna de ellas ya que todas muestran valores igual o mayor a 3 (ver figura 31).

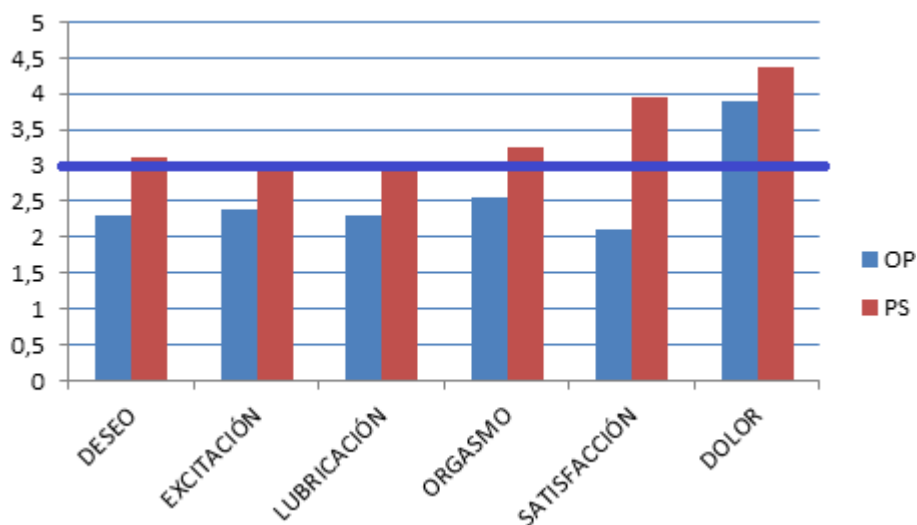


Figura 31: Distribución de los dominios según puntuaciones EVAS-M.

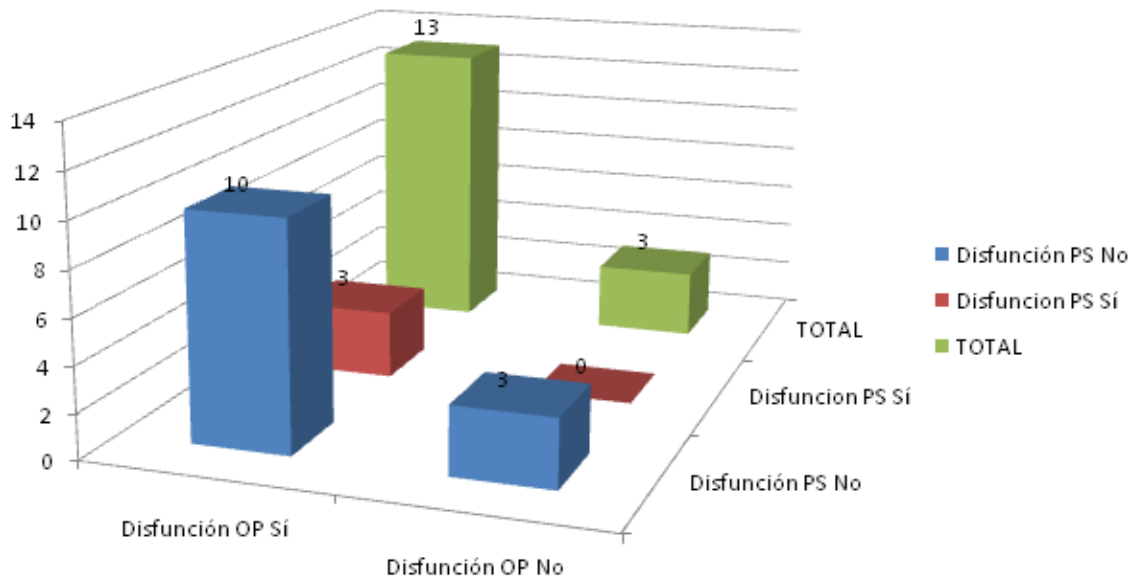


Figura 32: Distribución de las participantes según presenten o no disfunción sexual femenina.

El gráfico 32 indica la relación de mujeres con pareja sentimental que presentan disfunción sexual, ya sea con su pareja, con otras personas o ambas. 13 mujeres muestran tener disfunción en las relaciones sexuales con otras personas, y además 3 de ellas también con su pareja sentimental. Las otras 3 mujeres participantes que mantienen también pareja sentimental no presentan disfunción en sexual en ninguno de los casos. No existiendo ningún caso de mujer que tenga disfunción con su pareja sentimental y sin embargo no con otras personas (ver anexo 2).

Además, los datos indican que las puntuaciones de las mismas mujeres en el EVAS valorando su respuesta sexual con pareja sentimental y relaciones esporádicas no presentan correlaciones estadísticamente significativas entre sí (ver Anexo 2), lo que indica que las mujeres diferencian su sexualidad y funcionan de manera muy diferente en función de la pareja sexual.

Adicionalmente, se analizaron mediante el *test de Wilcoxon* las diferencias entre dimensiones del EVAS en función de la pareja sexual, obteniéndose diferencias significativas en las siguientes dimensiones: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y puntuación total de EVAS, todas con significación $p < 0.05$ (ver anexo 2). Es decir, la única dimensión que no resultó significativa fue dolor, pero hay que considerar que esta dimensión no resulta disfuncional en estas mujeres, ni con su pareja habitual, ni con relaciones de prostitución.

- ❖ Deseo PS/ Deseo OP: Sig. Asintót (bilateral) $p= 0,004$
- ❖ Excitación PS/ Excitación OP: Sig. Asintót (bilateral) $p= 0,048$
- ❖ Lubricación PS/ Lubricación OP: Sig. Asintót (bilateral) $p= 0,004$
- ❖ Orgasmo PS/ Orgasmo OP: Sig. Asintót (bilateral) $p= 0,007$
- ❖ Satisfacción PS/ Satisfacción OP: Sig. Asintót (bilateral) $p= 0,000$
- ❖ EVAS PS/ EVAS OP: Sig. Asintót (bilateral) $p= 0,001$

La dimensión Dolor PS/ Dolor OP resulta ser no significativa, ya que $p > 0,05$.

- **Mujeres transexuales:**

- *“Dificultad sexual en las personas con quienes mantienen relaciones sexuales”:*

El siguiente gráfico muestra si encuentran dificultad sexual en las personas con las que mantienen relaciones esporádicas y por otro lado con pareja sentimental quienes posean (figura 33 y 34). En este caso las puntuaciones del EVAS correspondientes a pareja sentimental y relaciones esporádicas corresponden a grupos de mujeres diferentes.

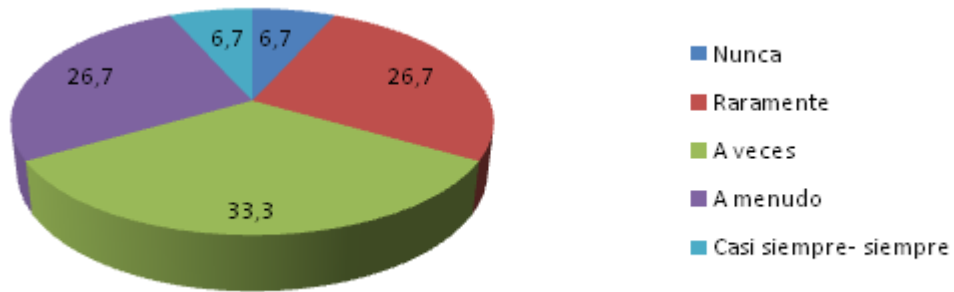


Figura 33: Distribución de los porcentajes según aparición de dificultad sexual en las personas con las que mantienen relaciones sexuales esporádicas.

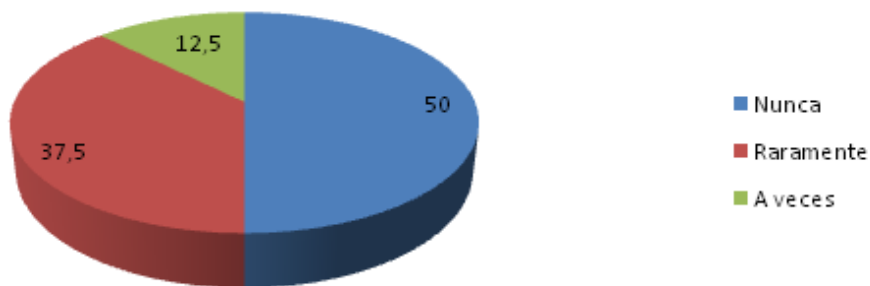


Figura 34: Distribución de los porcentajes según aparición dificultad sexual en sus parejas sentimentales.

Los datos indican que las parejas de las mujeres transexuales parecen mostrar más dificultades sexuales cuando las relaciones son esporádicas que en relaciones sentimentales estables.

- *“Cercanía emocional y confianza con la pareja sexual”:*

Relaciones sexuales con otras personas (figura 35), y con sus parejas sentimentales en caso de que tengan (figura 36).

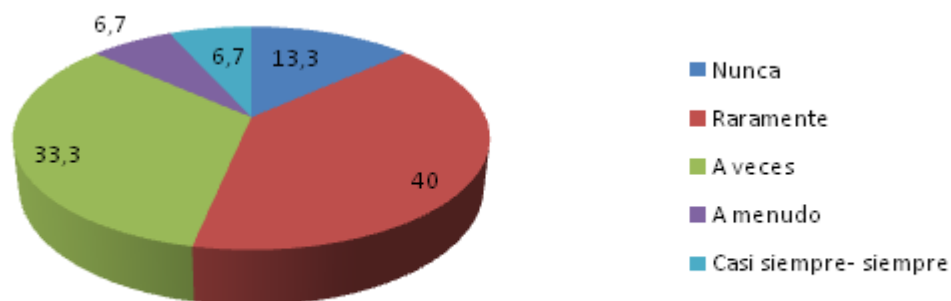


Figura 35: Distribución de los porcentajes según exista cercanía emocional y confianza en sus relaciones sexuales esporádicas.

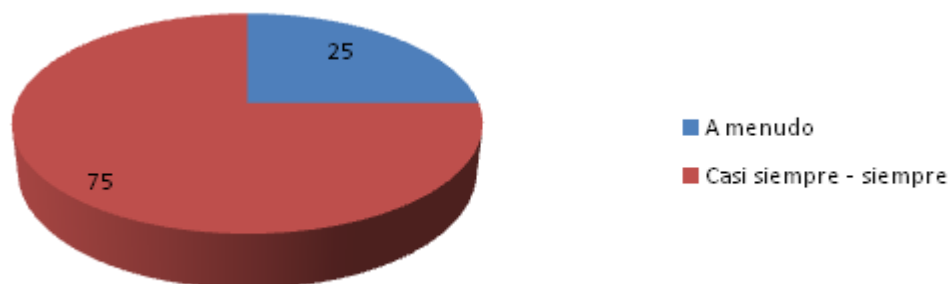


Figura 36: Distribución de los porcentajes según sientan cercanía emocional y confianza en las relaciones sexuales con sus parejas sentimentales.

Más de un 50% presenta problemas de cercanía emocional con parejas esporádicas, mientras que el 100% sienten cercanía emocional con parejas estables, tal vez estos datos muestran las dificultades que tienen estas mujeres con su sexualidad cuando se enfrentan a relaciones nuevas y que aunque tienen dificultades para encontrar relaciones emocionales estables cuando las tienen las valoran como muy positivas en este sentido.

- *“Preocupación con actividad sexual”:*

En relación relaciones esporádicas (figura 37) y pareja sentimental (figura 38).

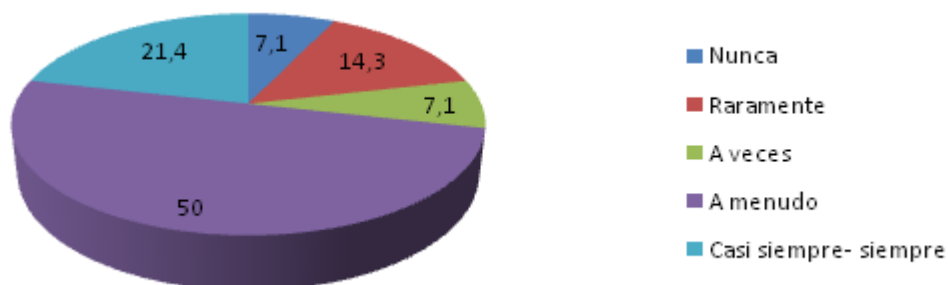


Figura 37: Distribución de los porcentajes según preocupación de la actividad sexual en sus relaciones sexuales esporádicas.

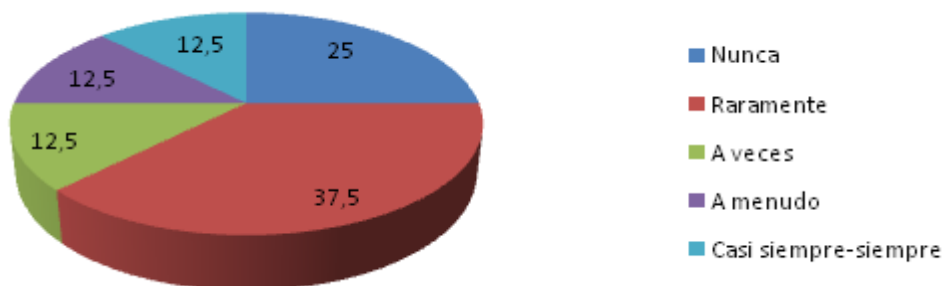


Figura 38: Distribución de los porcentajes según preocupación de la actividad sexual en relación a pareja sentimental.

Un dato que corrobora la conclusión anterior es que alrededor de un 70% se han sentido preocupadas por su actividad sexual cuando lo que mantienen son relaciones esporádicas, algo que no ocurre cuando tienen parejas estable con más de un 60% sin preocupación por su actividad sexual.

- “Disfunción sexual”:

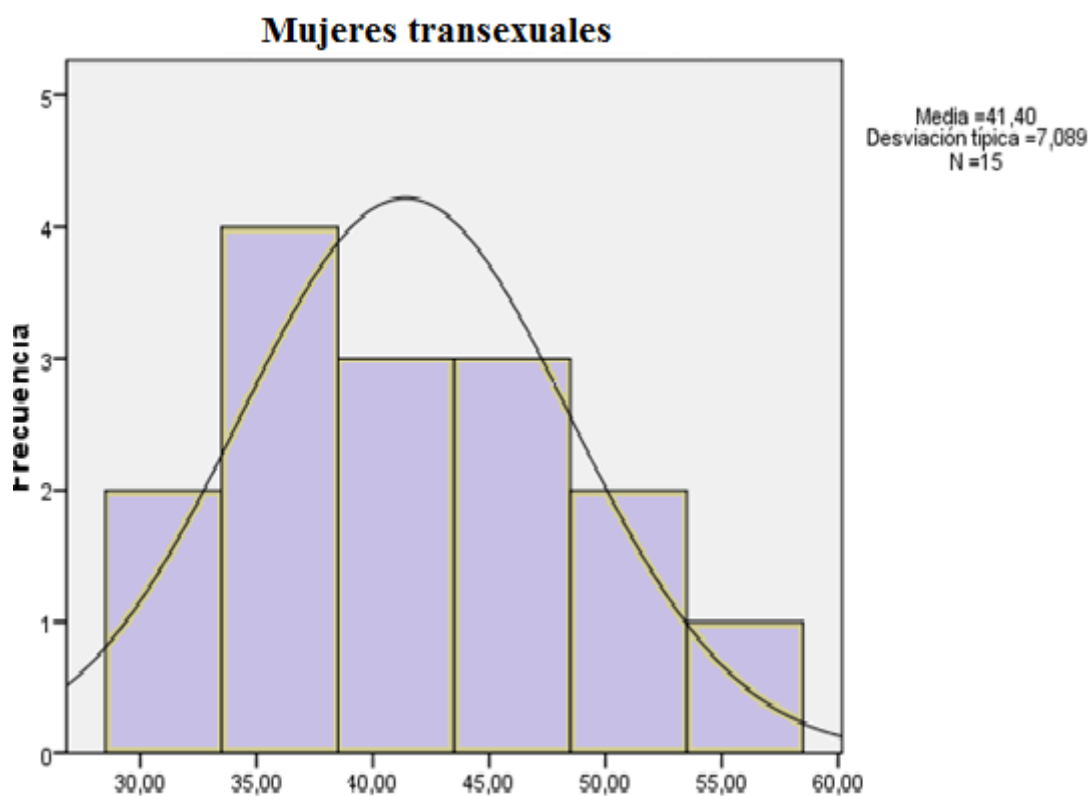


Figura 39: EVAS- M Relaciones esporádicas

Según el anterior gráfico, la media del EVAS-M en relación a las relaciones sexuales esporádicas, 41,40, por tanto los resultados muestran que en general no son disfuncionales, ya que una puntuación mayor de 37,48 significa que no existe disfunción sexual femenina (ver figura 39).

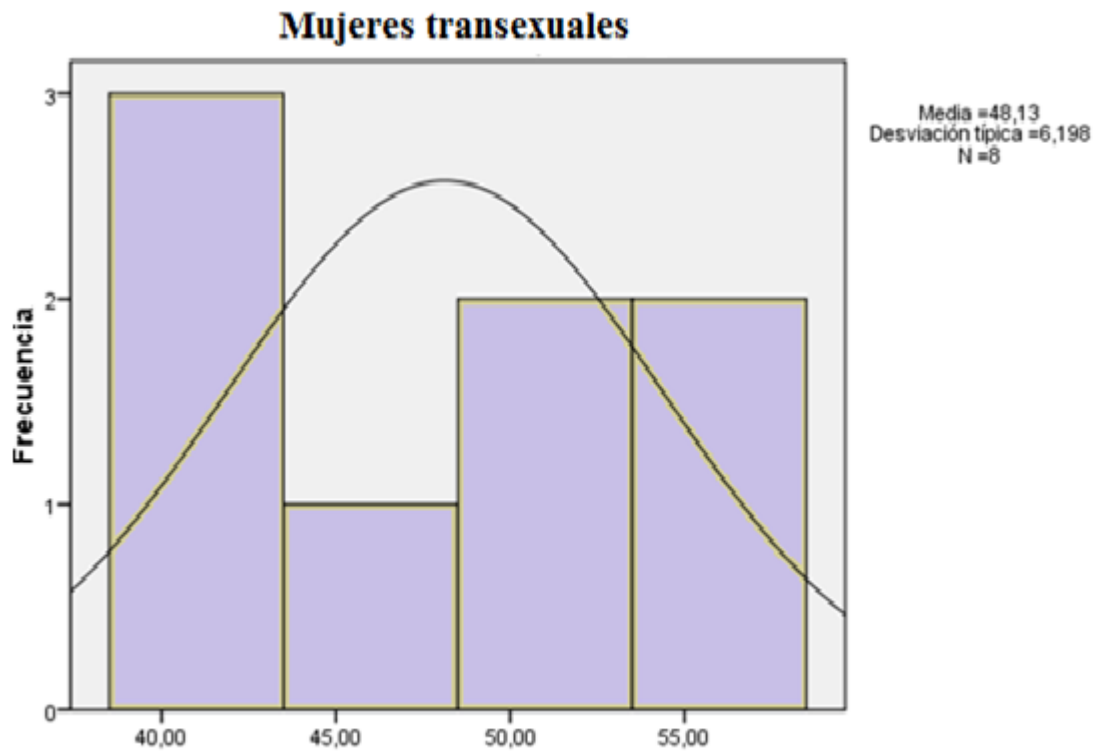


Figura 40: EVAS-M Pareja sentimental

La puntuación del EVAS-M correspondiente a las relaciones sexuales con pareja sentimental, únicamente analizadas a quienes la mantienen, en este caso 8 mujeres, es de 48,13, por tanto la media nos muestra que en la mayoría de los casos no existe disfunción sexual femenina (ver figura 40).

Según los resultados y en contraste con las mujeres que ejercen la prostitución ni en parejas sexuales habituales, ni esporádicas parecen mostrar disfunción sexual teniendo en cuenta la puntuación total del EVAS.

A continuación procederemos a detallar los porcentajes con mayor exactitud de mujeres que presentan disfunción sexual femenina en relaciones esporádicas (ver figura 41) y relaciones con pareja y las que no lo presentan en ninguno de los dos casos.

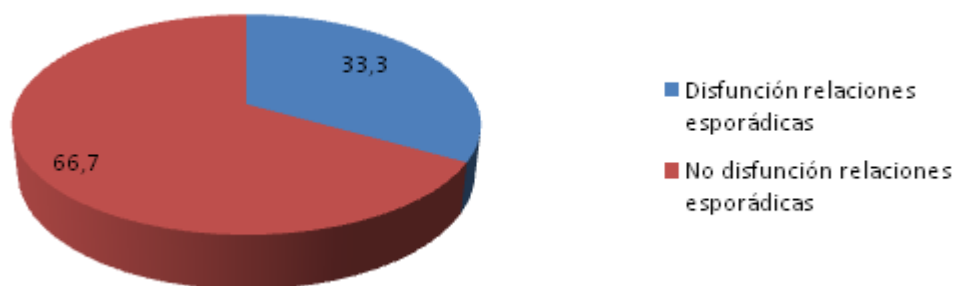


Figura 41: Distribución de los porcentajes de disfunción sexual femenina en relaciones esporádicas.

De las 22 mujeres transexuales participantes, 15 de ellas solo mantienen relaciones esporádicas, de las cuales 5 presentan disfunción sexual, y las 10 restantes no presentan disfunción, siendo los porcentajes 33,3% y 66,7% respectivamente.

Las 7 mujeres restantes tienen pareja sentimental, y el 100% de ellas, no son disfuncionales con sus parejas.

Análisis por dimensiones del EVAS en función del tipo de pareja sexual en mujeres transexuales.

Como podemos observar, el siguiente gráfico nos muestra las puntuaciones que obtienen como grupo en cada una de las dimensiones (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor), diferenciando en dos grupos, relaciones esporádicas (RE) y pareja sentimental (PS). Los datos indican que las puntuaciones son más altas en el caso de parejas estables y que en mujeres que mantienen relaciones esporádicas la única dimensión disfuncional sería satisfacción y en el límite se encontraría deseo (ver figura 42).

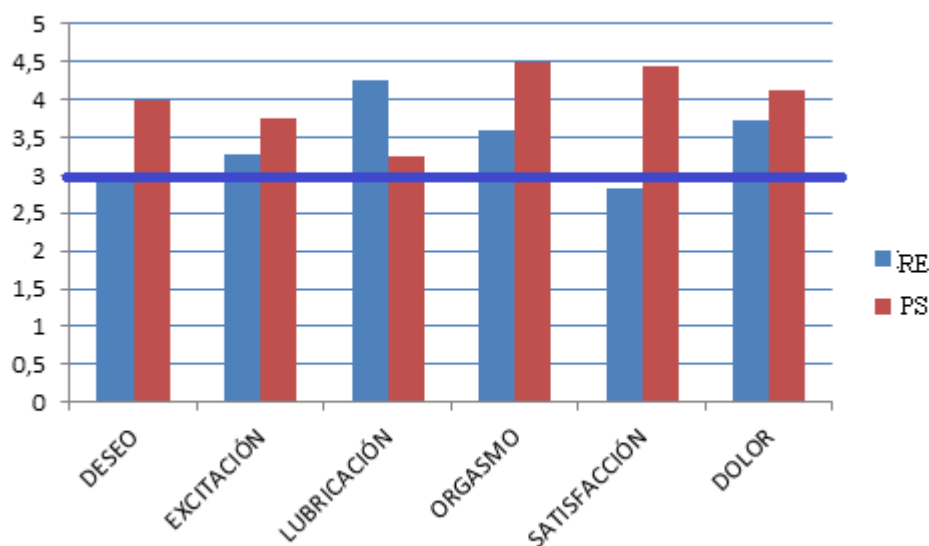


Figura 42: Distribución de los dominios según puntuaciones EVAS-M.

A diferencia del análisis realizado en mujeres que ejercen la prostitución, en las mujeres transexuales no tiene sentido realizar correlaciones entre las diferencias de las dimensiones RE/OP, ya que no se trata de la misma persona, y sólo se da un caso en el cual encontramos los dos cuestionarios en una misma participante, y por tanto se anula siendo la muestra analizada a partir de aquí de 21 mujeres transexuales.

Tal y como parecían indicar los datos presentados gráficamente se confirma la existencia de diferencias estadísticamente significativas mediante la prueba *U de Mann-Whitney* en las dimensiones de deseo, orgasmo, satisfacción y EVAS total, todas ellas con probabilidades de error por debajo de 0.05 (ver anexo 2). Por tanto, no se obtuvieron diferencias significativas entre las dimensiones excitación, lubricación y dolor, ya que $p > 0,05$.

- ❖ Deseo: Sig. Asintót (bilateral) $p = 0,017$
- ❖ Orgasmo: Sig. Asintót (bilateral) $p = 0,040$
- ❖ Satisfacción: Sig. Asintót (bilateral) $p = 0,000$
- ❖ EVAS- M: Sig. Asintót (bilateral) $p = 0,032$

7. Discusión y conclusiones:

A lo largo de este estudio hemos analizado la salud y satisfacción sexual de mujeres que ejercen la prostitución y mujeres transexuales. A continuación, después de la presentación detallada de los resultados, mostraremos en primer lugar el contraste de hipótesis expuestas, con los resultados obtenidos. Seguidamente, anotaremos las limitaciones encontradas en la realización de este estudio, y, por último aportaremos algunas indicaciones y directrices para futuras investigaciones.

Debido a que en nuestro estudio, analizamos dos muestras diferentes, comenzaremos como hemos venido haciendo hasta ahora por el contraste de hipótesis de las mujeres que ejercen la prostitución.

- ***Objetivo específico 1: Conocer si acuden a controles ginecológicos rutinarios.***

Hipótesis 1: Escaso control ginecológico. Observamos que esta hipótesis no es del todo cierta, puesto que sólo el 20% no suele acudir, y el 80% restante lo hace de forma más constante, por tanto podemos deducir, que demuestran conocer la importancia de realizar revisiones periódicas, primordiales para prevenir y detectar posibles ITS, y/o otras enfermedades.

- ***Objetivo específico 2: Averiguar si han sido contagiadas en alguna ocasión por algún tipo de ITS/SIDA.***

Hipótesis 2: Posibles contagios de ITS/SIDA. Observamos que esta hipótesis si se cumple ya que el 50% de las mujeres conocen haber sido contagiadas por distintas ITS. Ello se debe en la mayoría de los casos a las conductas de riesgo que asumen en sus relaciones sexuales, además del gran número de personas con las cuales mantienen relaciones sexuales coitales.

- **Objetivo específico 3: Valorar la utilización del preservativo como método anticonceptivo y preventivo de ITS/SIDA.**

Hipótesis 3: Uso preservativo como método de elección. Observamos que esta hipótesis si se cumple en sus relaciones con otras personas ya que más del 95% de mujeres hace uso de él, sin embargo en sus relaciones de pareja casi el 80% no lo utiliza, lo cual es una conducta de riesgo por parte de la pareja sexual ya que es él quien se puede contagiar de alguna ITS.

- **Objetivo específico 4: Averiguar si presentan disfunción sexual femenina.**

Hipótesis 4: Mayor número de mujeres disfuncionales en sus relaciones con personas que no se considere pareja sentimental. Esta hipótesis si es cierta ya que el 76,7% de las mujeres son disfuncionales en sus relaciones con otras personas, y con su pareja sentimental sólo el 18,8 %. Creemos que son lógicos estos resultados, puesto que cuando mantienes una relación sexual con alguien desconocido, por el cual no sientes atracción, gran parte de las dimensiones y etapas para lograr satisfacción sexual se verán afectadas. Ya vimos las diferencias que ellas son capaces de establecer en su respuesta sexual en función de la pareja sexual

- **Objetivo específico 5: Analizar cada una de las dimensiones que componen la respuesta sexual humana.**

Hipótesis 5: Respuesta sexual disminuida en todas y cada una de las dimensiones en las relaciones con otras personas. Esta hipótesis si se cumple, ya que encontramos diferencias estadísticamente significativas en las siguientes dimensiones que valoran la respuesta sexual según los datos analizados anteriormente, el deseo, la excitación, y orgasmo se encuentran disminuidos en las relaciones con otras personas de todas las mujeres analizadas. Consideramos razonables estos resultados, tras averiguar que la gran mayoría son disfuncionales en las relaciones con otras personas. Ello puede deberse a la escasa comunicación y afecto que reciben por parte de los clientes, lo cual provoca el abandono de la expresión sexual. Aunque hemos de decir que la puntuación con pareja habitual tampoco

es buena ya que se encuentra cercana al límite de disfunción y es más baja que en mujeres transexuales lo que indicaría que el ejercicio de la prostitución tiene una influencia negativa sobre la salud sexual de las mujeres que la ejercen.

- ***Objetivo específico 6: Presencia o ausencia de lubricación y dolor en las relaciones sexuales.***

Hipótesis 6: Escasa lubricación y mayor sensación de dolor en las relaciones sexuales con otras personas. Efectivamente encontramos diferencias significativas en lubricación comparando las relaciones sexuales con parejas esporádicas y relaciones estables Sin embargo, las mujeres no sienten más dolor en las relaciones sexuales de prostitución. Hay que decir que en general las mujeres que ejercen la prostitución no presentan en general problemas de dolor en las relaciones sexuales ni con su pareja, ni con relaciones esporádicas, y que en caso de producirse dificultades parecen producirse por igual en ambos tipos de relaciones, Esto indica que el dolor no es una dimensión situacional, dependiente de factores externos, sino internos. Suponemos que esta dimensión, resulta ser no significativa, debido a que pueda deberse a factores físicos como irritación, posibles infecciones, escasa lubricación y/ o por causas psicológicas como bajo deseo sexual, inapetencia, por tanto cualquier de estos factores, puede ocurrir igualmente con su pareja sentimental.

- ***Objetivo específico 7: Valorar la satisfacción sexual en las relaciones sexuales.***

Hipótesis 7: Satisfacción sexual disminuida. Observamos que esta hipótesis también se cumple ya que, la satisfacción sexual se encuentra significativamente disminuida en las relaciones de prostitución, lo cual parece lógico por los factores que comentábamos anteriormente. La satisfacción sexual se encuentra disminuida en las relaciones con otras personas, a diferencia de la pareja sentimental, la cual muestra capacidad de generarle bienestar, goce, y así obtener placer sexual.

- **Objetivo específico 8: Presencia o ausencia de confianza y cercanía en las relaciones sexuales.**

Hipótesis 8: Escasa confianza y cercanía en las relaciones sexuales esporádicas, a diferencia de las relaciones estables. Esta hipótesis parece confirmarse ya que el 80% de las mujeres nunca o raramente encuentran confianza y cercanía en sus relaciones con otras personas, mientras que con sus parejas casi el 70% casi siempre/siempre lo perciben.

- **Objetivo específico 9: Grado de preocupación por su actividad sexual.**

Hipótesis 9: Preocupación por su actividad sexual. Esta hipótesis es cierta ya que en relación a otras personas más del 70% se siente preocupada, y en relación a pareja sentimental casi un 40%. Consideramos lógico el cumplimiento de esta hipótesis puesto que más del 75% de las mujeres participantes muestran ser disfuncionales con otras personas, y más del 18% con sus parejas sentimentales, por tanto el hecho de no tener una satisfactoria sexualidad, es motivo de preocupación.

- **Objetivo específico 10: Analizar si en caso de poseer pareja, existe una mayor satisfacción y mejora de la respuesta sexual.**

Hipótesis 10: En caso de que tengan pareja, las relaciones sexuales creemos que serán en general más satisfactorias, al igual que habrá una mayor respuesta sexual. Parece que los datos confirman esta hipótesis ya que encontramos diferencias estadísticamente significativas en el EVAS total comparando ambos tipos de relación, existiendo mayor satisfacción y mejora de la respuesta sexual en las relaciones con su pareja sentimental.

Una vez analizadas, las hipótesis anteriores, pasaremos a las que planteamos en relación a mujeres transexuales.

- **Objetivo específico 1: Conocer si acuden a controles ginecológicos rutinarios.**

Hipótesis 1: Mayor control ginecológico. Esta hipótesis no es del todo cierta ya que más del 50% de la muestra, refiere no haber ido nunca o raramente a controles ginecológicos, frente a un 30% aproximadamente que refiere hacerlo siempre o a menudo. Esto puede deberse a que sólo un 36,4% ha sido intervenida quirúrgicamente, aunque la nueva vagina tiene unas características distintas a la natural, por lo que no está expuesta a las patologías habituales en la mujer biológica. Tal vez consideran que no es necesario que acudan a ginecólogo o que no es el médico que les corresponde al no ser biológicamente mujeres, sería necesario analizar en una investigación cualitativa. Sin embargo, ante cualquier síntoma, es aconsejable que acudan, ya que si pueden contraer ITS/ SIDA.

- **Objetivo específico 2: Averiguar si han sido contagiadas en alguna ocasión por algún tipo de ITS/SIDA**

Hipótesis 2: Escasos contagios de ITS/SIDA. Esta hipótesis tampoco se cumple del todo, ya que el 40,9% de las mujeres si han sido contagiadas frente al 59,1% de las mujeres que no conocen o no están contagiadas.

- **Objetivo específico 3: Valorar la utilización del preservativo como método anticonceptivo y preventivo de ITS/SIDA.**

Hipótesis 3: Uso preservativo como método de elección. Observamos que esta hipótesis si se cumple en sus relaciones esporádicas, ya que el 78,6% de mujeres hace uso de él, sin embargo en sus relaciones de pareja, más del 60% nunca o raramente lo utilizan. Aunque supone un uso más alto que en población general y debemos tener en cuenta que en este caso sólo es para proteger de ITS y sus relaciones son estables de años de duración.

- ***Objetivo específico 4: Averiguar si presentan disfunción sexual femenina.***

Hipótesis 4: Mayor número de mujeres disfuncionales en sus relaciones esporádicas que con pareja sentimental. Esta hipótesis parece cumplirse según los datos obtenidos en esta investigación, ya que el 33,3% de las mujeres son disfuncionales en sus relaciones esporádicas, y con su pareja sentimental ninguna mujer es disfuncional. Aunque hemos de decir que el porcentaje de mujeres disfuncionales en sus relaciones esporádicas, no es elevado, en comparación con las mujeres que ejercen la prostitución. Esto se puede deber, a que sus relaciones esporádicas son elegidas o deseadas en la mayoría de los casos, a diferencia de las mujeres que ejercen la prostitución, por tanto existe cierta atracción, aunque por otro lado en las mujeres transexuales pueden no tener la sexualidad en el centro de su interés personal antes de realizarse la cirugía de reasignación de sexo.

- ***Objetivo específico 5: Analizar cada una de las dimensiones que componen la respuesta sexual humana.***

Hipótesis 5: Disminución de la respuesta sexual (deseo, excitación y orgasmo) posiblemente debido al tratamiento hormonal. Esta hipótesis se cumple, aunque no del todo, ya que según los datos analizados anteriormente, el deseo, y orgasmo se encuentran disminuidos en las relaciones esporádicas de todas las mujeres analizadas, aunque para verificar que realmente es cierta tendríamos que haber comparado con transexuales sin tratamiento hormonal. Creemos que tiene que ver con el miedo a la intimidad de estas mujeres, a sentirse diferentes o como si mintiesen si no confiesan su condición y necesitan relaciones estables para eliminar estas dificultades. Esta hipótesis se contrarresta a los resultados obtenidos en un estudio realizado a 26 personas transexuales, 13 hombres y 13 mujeres, aunque ahora sólo atenderemos a los datos de las mujeres transexuales en referencia a la calidad de la respuesta sexual, los resultados obtenidos arrojan datos indicativos de que para un porcentaje elevado sí que es subjetivamente vivida como de calidad, puesto que el 61,5% tienen un deseo sexual moderado- alto, el 53,8% alcanzan un

nivel de excitación sexual de igual nivel, un 76,9% sitúa a esos máximos niveles la intensidad del orgasmo y la satisfacción sexual. Otro estudio realizado, demostró científicamente que la transexual posoperativa puede retener y/o adquirir la capacidad orgásmica después de la cirugía de reasignación sexual. Aunque debido al tamaño de muestra que tuvo no pudo extrapolar porcentajes de capacidad orgásmica a la población entera de transexuales posoperativas. No obstante hemos de tener en cuenta que en ambos estudios no se atiende a las diferencias que pueden existir entre las relaciones sexuales esporádicas y las que se mantienen con pareja sentimental.

- ***Objetivo específico 6: Presencia o ausencia de lubricación y dolor en las relaciones sexuales.***

Hipótesis 6: Escasa lubricación y mayor sensación de dolor en las relaciones sexuales esporádicas. . Esta hipótesis no se cumple ya que en las dimensiones lubricación y dolor no hay diferencias significativas entre las que tienen parejas esporádicas y estables y en ninguno de los casos son dimensiones disfuncionales en estas mujeres. Ello puede deberse a que no hay diferencias en la lubricación y / o dolor según el tipo de relación. Aunque necesitarán lubricantes artificiales, para facilitar la penetración de manera sencilla y sin dolor.

- ***Objetivo específico 7: Valorar la satisfacción sexual en las relaciones sexuales.***

Hipótesis 7: Satisfacción sexual disminuida en las relaciones esporádicas. Encontramos diferencias significativas en satisfacción entre la valoración de respuesta sexual de mujeres transexuales que mantienen relaciones sólo esporádicas y las que mantienen relaciones sentimentales estables, ya que puede coartar la expresión sexual, dificultad para revelar su condición a los varones que se sienten atraídos por ellas, su temor a la agresión, sin embargo el hecho de poseer una pareja sentimental implica una mayor autoestima debido a que conoce su imagen corporal y es vista por su pareja como mujer.

- **Objetivo específico 8. Presencia o ausencia de confianza y cercanía en las relaciones sexuales.**

Hipótesis 8: Escasa confianza y cercanía en las relaciones sexuales, si se trata de una relación esporádica. Esta hipótesis se puede considerar cierta ya el 50% de las mujeres nunca o raramente encuentran confianza y cercanía en sus relaciones esporádicas, siendo solamente el 13,4% quienes si lo sienten. El resto de mujeres solo a veces lo perciben.

- **Objetivo específico 9: Grado de preocupación por su actividad sexual.**

Hipótesis 9: Preocupación por su actividad sexual. Esta hipótesis parece cumplirse en relación a sus relaciones esporádicas, ya que más del 70% se siente preocupada, sin embargo con pareja sentimental más del 60% nunca o raramente se ha sentido preocupada.

- **Objetivo específico 10: Analizar si en caso de poseer pareja, existe una mayor satisfacción y mejora de la respuesta sexual.**

Hipótesis 10: En caso de que tengan pareja sentimental, suponemos que habrá una mejora en todos los aspectos de la función sexual ya que la confianza que le ofrece su pareja le hará sentirse mejor sin necesidad de ocultar nada. Mejor salud sexual en las mujeres que mantienen relaciones de pareja estables.

- ***Limitaciones del estudio y propuestas de futuro:***

En general, hemos de indicar que no hemos podido cotejar los resultados obtenidos en nuestro estudio con otros similares debido a la escasez de estudios que se hayan planteado con objetivos similares al nuestro. Este aspecto ha sido una de las mayores limitaciones, ya que nada hemos encontrado que comparase las relaciones con otras personas, esporádicas o estables, con términos como la salud y satisfacción sexual en estos dos grupos, por tanto hay que tener en cuenta lo novedoso de este trabajo. La limitación de la muestra ha sido otro de los inconvenientes, ya que se trata de dos colectivos minoritarios, y por tanto dificultosa su obtención. Aunque no es muy numeroso, ha sido suficiente para obtener varias diferencias significativas en el tema de estudio que nos ocupa. En cuanto a esta última limitación, no nos servirá para extrapolar los datos a estos dos grupos en general o en contextos diferentes. Resulta necesario y deseable seguir investigando y realizando más estudios que llenen este vacío.

Algunas de las propuestas para futuros estudios, es por ejemplo en el caso de mujeres que ejercen la prostitución, analizar la función sexual según el tiempo que lleven ejerciendo la prostitución y la edad, ya que seguramente la expresión de la sexualidad se vea aún más afectada.

En el caso de mujeres transexuales, analizar la función sexual valorando si han sido sometidas o no a la Cirugía de Reasignación de Sexo (CRS), pues aunque en este estudio se ha preguntado, no ha sido clave para poder participar, además las muestras con y sin CRS eran demasiado pequeñas para dividir los grupos y por tanto no hemos realizado análisis teniendo en cuenta esta variable ya que los resultados no serían concluyentes. La calidad de la sexualidad a más largo plazo, sería otras de las propuestas, para así comprobar si la salud y satisfacción sexual se mantiene en el tiempo, tanto por los cambios corporales

dependientes de la hormonación, como por las progresivas intervenciones quirúrgicas no genitales y genitales que previsiblemente irían realizando para completar el proceso de reasignación sexual. Además sería importante ampliar el número de sujetos incluyendo a los varones transexuales, ya que también son susceptibles de estudio ya que su sexualidad ha sido aún menos estudiada que en el caso de las mujeres transexuales, aunque la dificultad es que conforman un grupo aún más minoritario.

Para finalizar concluiremos con lo siguiente:

- La exploración de las áreas que componen la función sexual, muestra que existe una alta prevalencia de disfunción sexual en mujeres que ejercen la prostitución, cuando nos referimos a los servicios sexuales que mantienen con sus clientes. En el caso de que posean pareja sentimental, la función sexual no es índice de disfunción, aunque su puntuación es menor que en el caso de mujeres transexuales.
- Demuestran ambos grupos ser conscientes de la importancia en el uso del preservativo, así como las revisiones ginecológicas, fundamentales ambas para gozar de una buena salud sexual. Aún así sigue existiendo un alto índice de contagios por ITS.
- Las mujeres transexuales parecen mostrar un menor índice de disfunción sexual, sobre todo las que mantienen relaciones sentimentales estables.
- Los resultados también muestran que en ambos grupos existe una escasa confianza y cercanía en las relaciones sexuales cuando no se consideran sobre pareja estable.
- Podemos afirmar que en ambos grupos la satisfacción sexual es mínima en las relaciones no consideradas estables.
- Existe en general un alto índice de preocupación por la actividad sexual en las relaciones no consideradas estables.
- El tener pareja estable parece ser un factor protector del riesgo de disfunción sexual.

8. Bibliografía:

1. Organización Mundial de la Salud. Definición de Salud Sexual. <http://www.unfpa.org/swp/2004/espanol/ch6/index.htm>.
2. Organización Mundial de la Salud (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000). *Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción*. Antigua: OPS.
4. Mace DR, Bannerman RHO, y Burton J. Las enseñanzas de sexualidad humana en las escuelas de formación de profesionales de la salud, Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 1975 (Cuadernos de Salud Pública, N°57).
5. Defining sexual health. Report of a Technical Consultation on Sexual Health. World Health Organization. Progress in reproductive health researches. 2004 : (67).
6. La Calle P. Díez JL. Consulta sexual en internet. Un análisis descriptivo de demandas. Anuario de sexología. A.E.P.S. 2001; 7:55-62.
7. Sanz Sánchez A. ¿Cómo piensan y viven los adolescentes su sexualidad? Resumen de una memoria de investigación. Cuadernos de Trabajo Social. Vol 22. 2009. p 277-296.
8. Freud S, Tres ensayos de teoría sexual. Obras completas, tomoVII. Amorrortu editores. 1985.
9. Kinsey A, Pomeroy W, Martin C. Sexual Behaviour in the human male. Philadelphia: WB Saunders. 1948.

10. Kinsey A, Pomeroy W, Martin C, et al. Sexual Behaviour in the human female. Philadelphia: WB Saunders. 1953.
11. Centerwall E, El amor en la adolescencia, hablando de sexualidad y relaciones personales en la escuela. Ed. Serbal. Barcelona. 2000.
12. Anónimo. Los sexólogos. En: Secretos de la pareja. Barcelona: Planeta De Agostini. 1995. p.2056-59.
13. Jeffrey Weeks, Sexuality, Chichester y Londres: Ellis Horwood/ Tavistock, 1986, p.37.
14. Marques JV, Osborne R. Sexualidad y Sexismo. Universidad Nacional de Educación a distancia. Fundación Universidad-Empresa. Madrid, 1991. p. 144.
15. Ann Snitow, Christine Stansell y Sharon Thompson. “Introduction”, en Snitow et al., comps., Powers of Desire. The Politics of Sexuality, Nueva York: Monthly Review Press, 1983. p.25.
16. The Wolfenden Report. Report of the Committee on Homosexual Offenses and Prostitution, Nueva York: Stein & Day Publishers, 1963.
17. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 22ª edición, segunda acepción del término *prostituta*.
18. Organización Mundial de la Salud (1989). *Definición de prostitución*. Citada en Conapo. 1994. p.761.
19. Perramon Bacardit L. Trata y prostitución. Análisis de la realidad. Perspectivas y metodología de trabajo. 2008. p 1-17.

20. Evans H. Harlots, whores & hookers. A history of prostitution. New York: Dorset Press.1979.p.15.
21. Sevilla E. *El Espejo Roto. Ensayos antropológicos sobre los amores y la condición femenina en la ciudad de Cali*. Cali: Programa Editorial. 2003.
22. Trifiró A. *Mujeres que ejercen la prostitución. Una historia de género y marginación*. Medellín: Espacios de Mujer, PRO.DO.C.S.2003.
23. DABS. "Informe final de Gestión, Proyecto 7310 de Atención a personas vinculadas a la prostitución". Bogotá: Departamento Administrativo de Bienestar Social. 2005.
24. Rubio M. Ni puta ni trabajadora sexual: prostituta. Borrador de método N°51. 2008. p.1-13.
25. Lopez M. Mestre R. Trabajo sexual. Reconocer derechos. Ed. La Burbuja. Valencia.2006.
26. Bolaños A. Parrón N. Rollo E. Santana JM. Debate sobre prostitución y tráfico internacional de mujeres. Reflexiones desde una perspectiva de género. Médicos del mundo.2003.
27. "CODIGO PENAL ESPAÑOL (1995)" Título VIII. CapítuloV.
28. Emakunde. Mujeres que ejercen la prostitución en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Instituto Vasco de la mujer.2007.p 1-170.
29. <http://trabajosexual.org/Comunicado%20Plataforma.pdf>.

30. LEY ORGÁNICA 10/1995 DE 23 DE NOVIEMBRE DEL CÓDIGO PENAL.
31. LEY ORGÁNICA 4/2000 DE 11 DE ENERO “DERECHOS Y LIBERTADES DE LOS EXTRANJEROS EN ESPAÑA Y SU INTEGRACIÓN SOCIAL” (LEY DE EXTRANJERÍA).
32. Organización Mundial de la Salud (OMS). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.1992.
33. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson. 2002.
34. Meyerowitz J. How Sex Changed: A History of Transsexuality in the United States Cambridge, Harvard University Press.2002.
35. Cano-Caballero Gálvez MD. La construcción social del cuerpo en personas transexuales. Universidad de Granada. Facultad de Filosofía y Letras. Departamento de Antropología. 2010.
36. Balza I. Bioética de los cuerpos sexuados: transexualidad, intersexualidad y transgenerismo. ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política.Nº40. 2002. P.245-258.
37. Fausto-Sterling A. Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad Barcelona, Melusina.2006.
38. Hurtado F. Gómez M. Donat F. Fortea A. Fournier S. Transexualismo y conflicto: hacia la búsqueda del bienestar. Sexología Integral.2005; 2(1):31-35.
39. Goiar C. Sannier V. Toulet M. La Historia del Transexualismo. SHB España.2008.

40. Gómez Gil E. Esteva de Antonio I. Ser transexual. Cap. 4. Aspectos históricos de la transexualidad. Ed. Glosa. Barcelona. 2006.
41. Benjamin H. The transsexual phenomenon. New York: Julian Press, 1966.
42. Stoller R. Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity.1968. New York, Science House.
43. Concepto extraído del texto guía: Las personas transexuales en busca del reconocimiento de su propia identidad de género. Editado por el área transexual de COGAM.
44. Rubio FJ. Aspectos sociológicos de la transexualidad. Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas.2009. p 1-20.
45. Gómez Gil E. Peri Nogués JM. Transexualidad: un reto para el sistema sanitario español. Medicina Clinica.2002; 118(11) p.418-420.
46. Becerra Fernández, A. “Trastornos de identidad de género. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento”. En Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN). Grupo de trabajo sobre trastornos de identidad de género (ed.): Gráficas Mafer.
47. Asociación de personas Transexuales, Travestís y Transgénero de Euskadi. Tratamiento hormonal para la reasignación sexual de hombre a mujer.
48. The Original Harry Benjamin Syndrome Site. Disponible en <http://shb-info.org/perspectivashb.html>.

49. Whittle S. Turner L. Sex changes? Paradigm shifts in sex and gender following the Gender Recognition Act?. *Sociological Research Online*, Vol 12. Nº 1, January 2008.
50. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). *Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002*. Ginebra: OMS
51. Gallardo Linares FJ. Escolano López, VM. *Informe Diversidad Afectivo-Sexual en la Formación de Docentes. Evaluación de Contenidos LGTB en la Facultad de C.C.E.E. de Málaga*. Málaga (España): CEDMA. 2009.
52. Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales. Disponible en <http://www.felgt.org/>.
53. Fisher HE, Aron A, Mashek D, Li H, Brown LI. Defining the brain systems of lust, romantic attraction and attachment. *Arch Sex Behav*. 2002; 31:413-9.
54. Esteban ML. *Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona Bellaterra. 2004.
55. Pheterson G. (comp) *Nosotras, las Putas*. Editorial Talasa. Madrid. 1992 (1989).
56. Holgado I. Las nuevas retóricas de la inmigración femenina: la prostitución en las calles de Barcelona. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Universidad de Barcelona. N º94. 2001.
57. Lucero Z. Prostitución y trata de personas: violencia simbólica y económica. *Revista d'estudis de la violencia*. Nº10. 2010. P. 1-16. Disponible en http://www.icev.cat/zula_lucero.pdf.

58. Romi JC: La prostitución: enfoque psiquiátrico, sexológico y médico – legal. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Vol. 13. Nº 2. 2002.p. 5 a 28.
59. García M. “Visión Sexológica de la Transexualidad. La Transexualidad desde la Sexología”. Asociación Estatal de Profesionales de Sexología.
60. Gómez Gil E. La atención a la transexualidad por la unidad de salud mental del Hospital Clinic de Barcelona en los últimos años. Cuadernos de Medicina Psicosomática. Nº 78.2006.p. 55-64.
61. Marone P, Iacoella S, Cecchini MG y Rabean AR.: An Experimental Study of Body Image and Perception in Gender Identity Disorders. The International Journal of Transgenderism, 1998:2 (3).
62. Fernández Sánchez- Barbudo M. Relaciones de pareja y sexualidad en personas transexuales. Cuadernos de Medicina Psicosomática. Nº 78 .2006. p. 47-54.
63. Slabbekoorn D, Van Goozen S, Gooren L y Cohen- Kettenis P.: Effects of Cross-Sex Hormone Treatment on Emotionality in Transsexuals. The International Journal of Transgenderism, 2001;5 (3).
64. Fernández M y Báez D.: Maternidad/paternidad en mujeres y hombres transexuales. En “Ser Transexual”, Esther Gómez Gil e Isabel Esteva de Antonio editoras. Editorial Glosa. Barcelona, 2006.
65. Maffía D. Sexualidades migrantes. Género y transgénero. Buenos Aires. Feminaria. 2003.

9. Anexos:

- Anexo 1:

Tabla: Análisis descriptivos del grupo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Mujer que ejerce la prostitución	30	57,7	57,7	57,7
Mujer transexual	22	42,3	42,3	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Tabla: Análisis descriptivos de la edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 22	2	3,8	3,8	3,8
24	3	5,8	5,8	9,6
25	1	1,9	1,9	11,5
26	3	5,8	5,8	17,3
28	4	7,7	7,7	25,0
29	5	9,6	9,6	34,6
30	5	9,6	9,6	44,2
31	2	3,8	3,8	48,1
32	2	3,8	3,8	51,9
33	3	5,8	5,8	57,7
35	3	5,8	5,8	63,5
37	2	3,8	3,8	67,3
39	1	1,9	1,9	69,2
40	1	1,9	1,9	71,2

41	1	1,9	1,9	73,1
42	2	3,8	3,8	76,9
44	1	1,9	1,9	78,8
45	4	7,7	7,7	86,5
46	1	1,9	1,9	88,5
47	1	1,9	1,9	90,4
48	2	3,8	3,8	94,2
50	1	1,9	1,9	96,2
52	1	1,9	1,9	98,1
54	1	1,9	1,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Mujeres que ejercen la prostitución

		Estadístico	Error típ.
Edad	Media	31,67	1,209
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	29,19	
	Límite superior	34,14	
	Media recortada al 5%	31,43	
	Mediana	30,00	
	Varianza	43,885	
	Desv. típ.	6,625	
	Mínimo	22	
	Máximo	46	
	Rango	24	
	Amplitud intercuartil	8	
	Asimetría	,737	,427
	Curtosis	-,117	,833

Mujeres transexuales

		Estadístico	Error típ.	
Edad	Media	38,77	1,990	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	34,63	
		Límite superior	42,91	
		Media recortada al 5%	38,75	
		Mediana	39,50	
		Varianza	87,136	
		Desv. típ.	9,335	
		Mínimo	24	
		Máximo	54	
		Rango	30	
		Amplitud intercuartil	18	
		Asimetría	-,018	,491
		Curtosis	-1,417	,953

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS MUJERES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN

Edad:

Estudios:

- Básicos (EGB, ESO o equivalente)
- Grado medio (Bachiller, FP o equivalente)
- Universitarios
- Sin estudios

En la actualidad convives:

- Sola
- Piso compartido
- Pareja
- Familia

¿Tienes pareja?

- Sí
- No
- Sólo relaciones esporádicas
- Sí, tengo pareja y además relaciones esporádicas

¿Desde hace cuánto tiempo tienes pareja?

- Pocos meses
- Un año
- Más de un año y menos de cuatro
- Más de cuatro años

¿Desde hace cuánto tiempo ejerces la prostitución?

- Semanas
- Meses
- Años
- No lo recuerdo

¿Te gustaría abandonar la prostitución?

- Sí
- No
- A veces
- De momento no
- De momento si

¿Acudes a controles ginecológicos rutinarios?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

¿Conoces si has sido contagiada por alguna de las siguientes infecciones de transmisión sexual? Señala las que consideres ciertas.

- VPH (Virus Papiloma Humano)
- Gonorrea
- VIH (SIDA)
- Sífilis
- Hepatitis
- Otras; especifique cual
- Ninguna

¿Exiges utilizar preservativo en las relaciones sexuales con tu pareja?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

¿Exiges utilizar preservativo en las relaciones sexuales esporádicas?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

¿Utilizas el preservativo femenino?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS MUJERES TRANSEXUALES

Edad:

Estudios:

- Básicos (EGB, ESO o equivalente)
- Grado medio (Bachiller, FP o equivalente)
- Universitarios
- Sin estudios

En la actualidad convives:

- Sola
- Piso compartido
- Pareja
- Familia

¿Tienes pareja?

- Sí
- No
- Sólo relaciones esporádicas
- Sí, tengo pareja y además relaciones esporádicas

¿Desde hace cuánto tiempo tienes pareja?

- Pocos meses
- Un año
- Más de un año y menos de cuatro
- Más de cuatro años

¿Cuándo fuiste consciente de tu condición transexual?

- Infancia
- Adolescencia
- Edad adulta

¿Has sido sometida a la cirugía de reasignación de sexos?

- Sí
- No
- Aún no

En caso de contestar de modo negativo en la pregunta anterior, ¿no lo has hecho por alguno de los siguientes motivos?

- Alto coste
- Riesgos médicos
- Razones personales
- No lo consideras en tu caso necesario

¿Consideras finalizado el proceso de reasignación de sexo?

- Sí
- No
- Aún no

¿Acudes a controles ginecológicos rutinarios?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

¿Conoces si has sido contagiada por alguna de las siguientes infecciones de transmisión sexual? Señala las que consideres ciertas.

- Herpes
- Gonorrea
- VIH (SIDA)
- Sífilis
- Hepatitis
- Otras; especifique cual
- Ninguna

¿Exiges utilizar preservativo en las relaciones sexuales con tu pareja habitual?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

¿Exiges utilizar preservativo en las relaciones sexuales esporádicas?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

***ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN LA MUJER
(EVAS-M)***

Por favor, contestar las siguientes preguntas sólo en caso de tener o haber tenido actividad sexual con tu pareja en las últimas cuatro semanas (actividad sexual o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación...)

1.- ¿Está satisfecha en general con su actividad sexual?

- Muy insatisfecha
- Bastante insatisfecha
- Ni satisfecha-ni insatisfecha
- Bastante satisfecha
- Muy satisfecha

2.- ¿En caso de estar “muy” o “bastante” **insatisfecha** con su actividad sexual, desde cuando le ocurre esto?

- Semanas
- Meses
- Años
- Nunca he estado satisfecha

3.- Durante las últimas cuatro semanas ¿ha tenido interés en tener algún tipo de actividad sexual?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

4.- En las relaciones sexuales ¿ha tenido dificultad en sentirse excitada?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

5.- En las relaciones sexuales ¿ha sentido sequedad vaginal?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

6.- Cuando ha tenido actividad sexual, con o sin penetración ¿ha sentido orgasmo?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

7.- ¿Ha sentido algún tipo de dolor que la haya impedido terminar su relación sexual?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

8.- ¿Tiene su pareja algún tipo de dificultad sexual?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

9.- ¿Siente cercanía emocional y confianza con su pareja en las relaciones sexuales?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

10.- ¿Se ha sentido en alguna ocasión preocupada por su actividad sexual?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

- Anexo 2:

Tabla de contingencia disfunciónOP * disfunciónPS^a

			disfunciónPS		Total
			No	Sí	
disfunciónOP	No	Recuento	3	0	3
		% dentro de disfunciónOP	100,0%	,0%	100,0%
	Sí	Recuento	10	3	13
		% dentro de disfunciónOP	76,9%	23,1%	100,0%
Total		Recuento	13	3	16
		% dentro de disfunciónOP	81,3%	18,8%	100,0%

Prueba Chi –cuadrado de Pearson

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,852 ^a	1	,356		
Corrección por continuidad ^d	,011	1	,918		
Razón de verosimilitudes	1,397	1	,237		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,511
Asociación lineal por lineal	,799	1	,371		
N de casos válidos	16				

Estadísticos de contraste^{d,c}

	DeseoPS DeseoOP	- ExcitaciónPS - ExcitaciónOP	- LubricaciónPS - LubricaciónOP	- OrgasmoPS - OrgasmoOP	- SatisfacciónPS - SatisfacciónOP
Z	-2,877 ^a	-1,977 ^a	-2,877 ^a	-2,719 ^a	-3,534 ^a
Sig. asintót. (bilateral)	0,004	0,048	0,004	0,007	0,000

	DolorPS DolorOP	- EVASMPS - EVASMOP
Z	-1,289 ^a	-3,314 ^a
Sig. asintót. (bilateral)	0,197	0,001

Estadísticos de contraste^b

	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción
U de Mann-Whitney	20,500	29,500	29,000	25,500	4,000
W de Wilcoxon	111,500	120,500	65,000	116,500	95,000
Z	-2,382	-1,785	-1,813	-2,052	-3,508
Sig. asintót. (bilateral)	0,017	0,074	0,070	0,040	0,000
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,020 ^a	,104 ^a	,104 ^a	,053 ^a	,000 ^a

	Dolor	EVAS
U de Mann-Whitney	36,500	22,500
W de Wilcoxon	127,500	113,500
Z	-1,198	-2,140
Sig. asintót. (bilateral)	0,231	0,032
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,268 ^a	,030 ^a