



**Universidad del Azuay**

**Facultad de Medicina**

**Escuela de Medicina**

*“Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del centro de salud Carlos Elizalde de la parroquia baños en el periodo comprendido entre septiembre de 2010 a febrero de 2011”*

**Trabajo de investigación previo a la obtención del título de  
Especialista en Medicina Familiar**

**Autores:**

**Dra. Janeth Catalina Serrano Serrano**

**Dr. Jaime Rigoberto Andrade Martínez**

**Director: Dr. José Sola Villena**

**Cuenca, Ecuador  
2011**

## **DEDICATORIA**

Dedico la presente tesis de especialización a mi esposo Javier, mi hija Sofía y mi hijo Paquito. Porque el núcleo familiar es el centro en donde uno se comparte las cosas buenas y malas que nos trae la vida. En este caso quiero decirles que cualquier emprendimiento profesional vale la pena, cuando se tiene como objetivo principal el buen vivir de la familia. Pues para cumplir con este anhelo he tenido que sacrificar el tiempo de calidad que necesitan y, sobre todo, se merecen los seres a quienes tanto amamos las esposas y madres; y en este sentido valoro la comprensión de todos ellos.

Vaya también esta dedicatoria para mis padres y mis hermanos, que siempre me motivaron en este largo camino del mejoramiento profesional. Sus alentadores consejos me impulsaron para que haga realidad el postgrado que hoy estoy culminando con éxito.

Finalmente, dedico este trabajo a los más necesitados de nuestra labor de médicos. Porque en ellos veo la oportunidad de cumplir con los principios de servicio y solidaridad que siempre guiaron mis pasos; inspirada, desde luego, en la doctrina maestra de nuestro Señor Jesucristo.

Janeth Serrano Serrano.

## **DEDICATORIA**

A mis padres: Jaime y Rosa quienes con su esfuerzo, cariño y dedicación supieron guiar mi vida hasta completar con éxito una etapa más de mi formación.

A Eulalia mi querida esposa, quien con su apoyo incondicional me permitió alcanzar esta meta y a mi hija Sofía quien es mi motivo constante de esfuerzo y superación.

Jaime Andrade Martínez.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al terminar nuestro trabajo de investigación agradecemos a Dios por ser en todo momento nuestra luz y guía, a las autoridades y Profesores de la Universidad del Azuay, por las orientaciones y conocimientos que supieron compartirnos en todo momento.

De manera muy especial, consignamos nuestra gratitud, afecto y agradecimiento al Dr. José Sola Villena, Director de este proyecto previo a la obtención del título de Especialistas en Medicina Familiar, por sus sabias y oportunas directrices que nos llevaron a conseguir nuestro anhelado propósito.

# ÍNDICE

Portada .....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iv
Índice de Contenidos .....	v
Resumen.....	viii
Abstract.....	x

## Índice de Contenidos

<b>Introducción.....</b>	<b>12</b>
--------------------------	-----------

### Capítulos

<b>1. Problema y objetivos.....</b>	<b>15</b>
1.1 Problemas.....	15
1.2 Propósito de la Investigación .....	15
1.3 Objetivos .....	15
1.3.1 Objetivo General .....	15
1.3.2 Objetivos Específicos .....	15
<b>2. Marco teórico.....</b>	<b>15</b>
2.1 Definiciones de Familia.....	16
2.2 Funciones de la Familia.....	17
2.2.1 Función Reproductora .....	17
2.2.2 Función Protectora .....	17
2.2.3 Función Afectiva .....	17
2.2.4 Función Socializadora .....	17
<b>3. Estructura familiar.....</b>	<b>18</b>
3.1 Familia Extensa.....	18
3.2 Familia Nuclear Íntegra .....	18
3.3 Familia Nuclear Ampliada .....	18
3.4 Familia Mono-parental .....	18
3.5 Familia Reconstituida.....	18
<b>4. Funcionalidad y disfuncionalidad familiar.....</b>	<b>19</b>
4.1 Homeostasis Familiar.....	19
4.2 Homeostasis sin tensión.....	19
4.3 Homeostasis bajo tensión.....	19
4.4 Ruptura de la homeostasis.....	19
<b>5. La Función Familiar y la Prostitución .....</b>	<b>24</b>
<b>6. Terminología y Antecedentes Históricos.....</b>	<b>26</b>

<b>7. Tipos de Prostitución.....</b>	<b>27</b>
7.1 La Prostitución callejera.....	28
7.2 Prostitución en hoteles de lujo.....	28
7.3 Prostitución en salones de masajes.....	28
7.4 Prostitución militar.....	28
7.5 Servicio de acompañamiento.....	28
7.6 Turismo sexual.....	28
7.7 Las explotadas.....	29
7.8 Las semiindependientes.....	29
7.9 Las vividoras.....	29
<b>8. Causas de prostitución.....</b>	<b>30</b>
8.1 Desintegración de la familia origen.....	30
8.2 Madre soltera o ruptura con la pareja.....	30
8.3 Inducción o coacción.....	30
8.4 Pobreza y condiciones de vida .....	30
8.5 Hábitos de consumo y drogadicción.....	31
8.6 Coerción.....	31
8.7 Factores de índole sexual.....	31
8.8 Otras causas.....	31
<b>9. Consecuencias de la prostitución.....</b>	<b>32</b>
<b>10. La Prostitución desde la mirada Médica.....</b>	<b>33</b>
<b>11. Hipótesis .....</b>	<b>34</b>
<b>12. Metodología.....</b>	<b>34</b>
12.1 Tipo de estudio.....	34
12.2 Muestra.....	34
12.3 Población y área de estudio .....	35
12.4 Operacionalización de variables.....	35
12.5 Criterios de inclusión.....	35
12.6 Criterios de exclusión.....	35
12.7 Procedimientos de recolección de la información .....	35
12.8 Métodos para el control de la calidad de los datos.....	35
12.9 Aspectos Bioéticos.....	36
<b>13. Aspectos administrativos.....</b>	<b>36</b>
13.1 Recursos necesarios.....	36
<b>14. Resultados.....</b>	<b>36</b>
<b>15. Discusión.....</b>	<b>36</b>
<b>16. Conclusiones.....</b>	<b>39</b>
<b>17. Recomendaciones.....</b>	<b>42</b>

<b>Bibliografía.....</b>	<b>44</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>46</b>
Anexo 1.- Consentimiento informado.....	46
Anexo 2. Formulario de recolección de datos.....	47
Anexo 3. TEST FF-SIL.....	48
Anexo 4. Operacionalización de las variables.....	51
Anexo 5. Recursos necesarios .....	54
Anexo 6. Resultados generales.....	55
Anexo 7. Constitución Política del Ecuador.....	72

## RESUMEN

**Introducción.-** La prostitución, como actualmente se concibe, se realiza cuando una persona concede con frecuencia a otros su cuerpo por dinero. Las mujeres que ejercen la prostitución viven indudablemente en condiciones de desventaja frente a otros grupos sociales; siendo evidente su marginación socioeconómica y cultural, además de que son víctimas de graves y recurrentes violaciones a sus derechos humanos. Los medios en los cuales viven y la manera como se encuentra organizada la prostitución, les colocan en un elevado nivel de vulnerabilidad frente a las diversas formas de violencias de género y a las situaciones de explotación sexual y trata de personas.

**Objetivo.-** “Determinar la funcionalidad o disfuncionalidad de las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al Centro de salud “Carlos Elizalde”.

**Metodología.-** La investigación se realizó con 100 trabajadoras sexuales que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde” durante el periodo fijado para llevar cabo la misma. Para la recolección de datos demográficos se utilizó un cuestionario, y para la determinación de la funcionalidad familiar se aplicó el test FF-SIL. Los datos recogidos fueron tabulados a través del paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows, y las tablas se complementaron, según la variable en estudio, con gráficos realizados en el programa Microsoft Excel 2010. Así como para el análisis estadístico se utilizó la estadística descriptiva (frecuencia y porcentaje), y el estadígrafo Chi cuadrado de Pearson en el caso de la asociación entre variables. Finalmente, para la significancia estadística se empleó el valor de p.

**Resultados.-** El 40% de las trabajadoras sexuales investigadas tiene familias funcionales, el 44% posee familias moderadamente funcionales, el 10% familias disfuncionales y 6% familias severamente disfuncionales. En cuanto a la edad se determinó que la mínima es de 18 años y la máxima de 39 años; siendo el grupo más numeroso el comprendido entre los 20 y 24 años de edad, que representa el 22% del total de casos; además la media de la edad es de 25.96 años, con un DS de 5.53. El nivel de instrucción más frecuente es el de primaria completa con el 54%. El 50% de las personas investigadas se encuentran en unión libre, perteneciendo la mayoría a la región costanera de nuestro país. Los ingresos económicos se establecieron entre 700 y 799 USD mensuales, y el 80% de familias desconocen el tipo de trabajo al que se dedican las mujeres investigadas. De acuerdo al valor de chi cuadrado de Pearson y al valor de p, no se encontró una asociación entre las variables antes mencionadas y la funcionalidad o disfuncionalidad familiar.

**Conclusión.-** En la muestra investigada las trabajadoras sexuales en su mayoría son menores de 24 años, que han terminado por lo menos la educación básica y se encuentran en unión estable. Con respecto a su lugar de origen la mayoría pertenece a la región costanera de nuestro país, y en similar porcentaje los familiares de las

personas investigadas desconocen la actividad a la cual se dedican éstas; y en cuanto a los ingresos económicos, los más bajos se ubican en los 600 dólares mensuales. Así mismo los datos obtenidos revelan que un porcentaje mayoritario de las mujeres que integraron la muestra para este estudio posee familias funcionales; de lo que se desprende que la práctica de la prostitución al parecer no afecta decisivamente a la funcionalidad familiar; desvirtuando de esta manera las presunciones de la sociedad acerca de este estigmatizado fenómeno social.

**Palabras Claves:** Prostitución, funcionalidad familiar, disfuncionalidad familiar.

## **ABSTRACT**

**Introduction** .- Prostitution, as currently conceived, performed when a person often gives others her body for money. Women living in prostitution undoubtedly at a disadvantage compared to other social groups is evident socioeconomic and cultural marginalization, as well as victims of serious and recurrent violations of their human rights. The media in which they live and the way prostitution is organized, put them at a high level of vulnerability to various forms of gender violence and situations of sexual exploitation and trafficking.

**Objective** .- "To determine the functionality or dysfunctionality of families of sex workers attending the Health Center" Carlos Elizalde. "

**Methodology** .- The investigation was conducted with 100 sex workers who visited the Health Center "Carlos Elizalde" during the period set for carrying out the same. To collect demographic data questionnaire was used, and for determining the family functionality FF-SIL test was used. The data collected were tabulated using the statistical package SPSS 19.0 for Windows, and the tables were supplemented according to the variable under study, with graphics made in the program Microsoft Excel 2010. As for the statistical analysis used descriptive statistics (frequency and percentage), and the Pearson chi-square statistic in the case of the association between variables. Finally, for statistical significance we used the p value.

**Results** .- The 40% of investigated sex workers have functional families, 44% have moderately functional families, 10% dysfunctional families and 6% severely dysfunctional families. In terms of age was determined that the minimum is 18 years and maximum of 39 years, being the largest group between 20 and 24 years old, representing 22% of cases, plus the average age is 25.96 years, with a DS of 5.53. The level of education is the most common primary with 54% complete. 50% of those under investigation are in cohabitation with a majority of the coastal region of our country. The income is set between 700 and 799 USD per month, and 80% of families are unaware of the type of work of women engaged investigated. According to the value of Pearson chi square and p value not found an association between the variables mentioned above and the functionality or dysfunctional families.

**Conclusion** .- In the sample investigated sex workers are mostly under 24 who have completed at least primary education and are in stable union. With regard to their place of origin, the majority belong to the coastal region of our country and families in similar percentage of people surveyed are unaware of the activity to which they are engaged, and in terms of income, the lowest were located in the \$ 600 monthly. So same data obtained show that a majority of women who comprised the sample for this study have functional families, of which it follows that the practice of

prostitution does not seem to have a decisive effect on family functioning, thus nullifying the assumptions society has about this stigmatized social phenomenon.

**Keywords:** Prostitution, family functioning, family dysfunction.

## INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la prostitución es complejo y, por lo tanto, no es fácil definirlo. La prostitución, como actualmente se concibe, se realiza cuando una persona concede con frecuencia a otros su cuerpo por dinero. Generalmente la ejercen las mujeres, pero también hombres y niños, y las prestaciones sexuales pueden realizarse tanto de manera heterosexual como homosexual. (Diccionario de la Lengua Española 2005)

Como dice Rosa Dominga Trapasso, del Movimiento El Pozo, de Perú, en su Artículo La Prostitución en Contexto: “La prostitución es un fenómeno social que no tiene que ver sólo con actividades individuales (prostituta y cliente), sino que afecta a diversos aspectos de la sociedad. Por lo que, todo análisis de la prostitución debe ser ubicado dentro de un contexto que involucre los campos de lo político, social, económico y cultural; que es donde ha echado raíces y se sigue alimentando el problema analizado. Es decir que debe tener una identificación plena de todos los actores que la protagonizan, y de las estructuras económicas y los sistemas sociales que la sostienen”.

Y según Kate Mollet: “La prostitución es un paradigma de la condición femenina. Es una modalidad de explotación, ejercida mediante una actividad histórica y organizada; basada en los roles sexuales y a cambio de un pago inmediato en dinero o bienes, que son apropiados en una mínima proporción por la víctima de la explotación y, generalmente, en su mayor parte por terceros que se han organizado en torno de esta forma de explotación. Desde este punto de vista, las mujeres que ejercen la prostitución viven indudablemente en condiciones de desventaja, debido a su marginación socioeconómica y cultural, y porque son víctimas de graves y recurrentes violaciones a sus derechos humanos. Además los medios en los cuales viven las prostitutas, y la manera como se encuentra organizada la prostitución, les colocan en un nivel de vulnerabilidad muy alto frente a las diversas formas de violencia de género, explotación sexual y trata de personas. Sin embargo, para algunas mujeres la prostitución constituye una profesión y viven bien de esta actividad; para otras es una opción de vida al alcance, tal vez la única posible; aunque también para ciertas mujeres sea una pesadilla de la cual quieren salir lo más pronto posible”.

Desde esta perspectiva podemos considerar que las responsabilidades económicas y familiares que la mujer desplazada debe enfrentar, traen consigo grandes crisis psico-emocionales que difícilmente pueden ser cuantificadas. Estas vivencias tan negativas deterioran las relaciones intrafamiliares, lo que se manifiesta en el aumento de la violencia intrafamiliar, y el maltrato físico o psicológico al cual está expuesta la mujer. Así mismo, su relación con los hijos se tensiona debido a las presiones que existen, las mismas que conducen al maltrato. De lo anterior podemos mencionar que la familia, al ser considerada como espacio privilegiado de la reproducción social y física de las personas y de la sociedad, se constituye en amortiguador y receptor de la tensión individual y colectiva, afectando significativamente su dinámica y desarrollo, especialmente en aquellas situaciones donde las múltiples exigencias recaen sobre una sola persona, la mujer.

Tomando como referencia lo expuesto, consideramos de suma importancia estudiar e investigar la funcionalidad o disfuncionalidad de las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de Profilaxis del Centro de salud “CARLOS ELIZALDE”, durante el período comprendido entre septiembre del 2010 a Febrero del 2011; porque la realidad que envuelve a este fenómeno social es sin duda lacerante. Informes del servicio de Trabajo Social de la dependencia (Dr. Cristian Cordero) nos indican que el mayor número de trabajadoras sexuales que se atienden en el centro de salud, son personas comprendidas entre los 25 a 35 años de edad, y provienen de zonas urbano-marginales y rurales de la región costanera y la amazonia. Estas mujeres al estar expuestas por sus propias condiciones a la vulnerabilidad, en la mayoría de casos, además de ser obligadas a trabajar son humilladas y explotadas; y generalmente son ellas las que proveen y mantienen a sus familias. Pero a todo esto hay que agregar la explotación de cual son víctimas las trabajadoras sexuales y por consiguiente los ingresos económicos provenientes de su actividad son insuficientes para cubrir las necesidades básicas de las respectivas familias.

Los informes del servicio de Trabajo Social, también revelan que la problemática de la prostitución influye en la dinámica familiar. Existiendo familias monoparentales, familias disfuncionales, con impactos psicológicos severos en las personas que

ejercen la prostitución y sus interrelaciones familiares. La mayor incidencia se nota, sobre todo, en los hijos de las trabajadoras sexuales que, al no existir una adecuada funcionalidad en la familia, se ven acosados por todos los problemas y vicios que esta sociedad moderna trae. Generalmente son niños que no terminan la educación básica, y que al no tener un oficio van a engrosar las estadísticas de la pobreza, y a vivir en el bajo mundo de la drogadicción y la delincuencia.

De acuerdo al análisis que hemos realizado, esta es una problemática social multidimensional y que, por lo mismo, requiere una solución global que involucre no solo al campo médico, sino también al psicológico, al educativo y el legal.

### **JUSTIFICACIÓN**

Hemos tomado como tema de estudio “La Funcionalidad vs Disfuncionalidad familiar en las trabajadoras sexuales que acuden al Centro de Salud “CARLOS ELIZALDE”, en vista de que, lamentablemente, este grupo es estigmatizado negativamente y, por lo tanto, en muchos casos son víctimas de exclusión social.

Bajo estas consideraciones, en calidad de Médicos de Familia, creemos necesario conocer a fondo cómo es el entorno familiar de estas pacientes, ya que el ser humano, como tenemos conocimiento, es un ser bio- psico- social y, por lo mismo, debemos enfocar no solo la esfera biológica, que evidentemente es de gran importancia en este grupo, sino también tomar en cuenta que muchas veces los trastornos de salud tienen una significativa relación con el contexto social y emocional; y en consecuencia la familia así como puede constituir un profundo problema dentro de este gran contexto, también puede convertirse en un factor fundamental de ayuda. Por todo esto, consideramos que es muy importante determinar la verdadera influencia que ejerce la actividad de la prostitución dentro del núcleo familiar, y por lo tanto, las consecuencias más directas.

## **CAPÍTULOS**

### **1. PROBLEMA Y OBJETIVOS**

#### **1.1 PROBLEMA**

De qué manera influye el ejercicio de la prostitución, en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de Profilaxis del Centro de Salud “CARLOS ELIZALDE”, conociendo ya las consecuencias negativas que produce este fenómeno social en los ámbitos organizacional, funcional, económico y legal. Y además determinar qué debemos hacer para dar un tratamiento integral a esta problemática tan arraigada en la sociedad.

#### **1.2 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN**

Conocer la relación existente entre la prostitución y la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia; y además determinar los impactos de esta actividad en los miembros familiares y, por consiguiente, buscar las mejores alternativas para el tratamiento de esta problemática.

#### **1.3 OBJETIVOS**

##### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la funcionalidad o disfuncionalidad de las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al Centro de Salud “Carlos Elizalde”.

##### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Analizar la prostitución desde una visión multidimensional y multifactorial.
- Determinar los factores de influencia de la prostitución frente a la familia.
- Establecer las alternativas para el tratamiento de esta problemática desde una visión holística de la misma.

### **2. MARCO TEÓRICO**

Para comprender adecuadamente el estudio de la funcionalidad o disfuncionalidad familiar, es fundamental concebir a la familia como una integración sistémica; puesto

que se trata de un grupo o sistema conformado por subsistemas, que serían sus miembros, y que a la vez está integrada a un sistema mayor como es la sociedad. De tal manera, que cualquier alteración de sus componentes podría determinar tácitamente el cumplimiento o no de sus roles y obligaciones, y por ende determinaría la funcionalidad, equilibrio y homeostasis familiar; por lo que se hace necesario considerar algunos elementos conceptuales. (Choisy, M. 1967)

## **2.1 DEFINICIONES DE FAMILIA**

Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas mediante roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.), con vínculos consanguíneos o no, un modo de existencia económico y social comunes, y con sentimientos afectivos que les unen. (Armas, N. 2007)

En este empeño de la definición, es importante señalar que la familia naturalmente pasa por un proceso que comprende el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia.

Según la Organización de las Naciones Unidas, familia es el grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general a los padres y a los hijos que viven con ellos y que comparten una olla común. (Armas, N. 2007)

Desde una dimensión social y afectiva, se reconoce como familia a todas las personas unidas entre sí por grados de consanguinidad, adopción o lazos afectivos, sea que convivan en un mismo espacio físico o que sus integrantes vivan en distintas unidades habitacionales. (Armas, N. 2007)

Y desde la perspectiva de las ciencias sociales, la familia podría ser definida como la unidad social básica formada alrededor de dos o más adultos que viven juntos en la misma casa y cooperan en actividades económicas, sociales y protectoras en el cuidado de los hijos propios o adoptados. (Armas, N. 2007)

## **2.2 FUNCIONES DE LA FAMILIA**

Al estudiar a la familia es necesario revisar los elementos funcionales básicos para que este sistema pueda cumplir adecuadamente sus objetivos; por ello que debemos destacar, dentro de sus principales funciones, las denominadas funciones universales, como son las siguientes:

**2.2.1 Función Reproductora:** La reproducción de la vida humana se inicia con la pareja y se mantiene luego con la función que asumen los padres para el cuidado de sus pequeños hijos e hijas.

**2.2.2 Función Protectora:** La familia protegerá a sus miembros hasta que el logro de sus habilidades individuales permita a cada uno ir logrando independencia y seguridad, en su desenvolvimiento dentro del macro sistema social.

**2.2.3 Función Afectiva:** El amor y los afectos son los puntales de la relación al interior de la familia.

**2.2.4 Función Socializadora:** La Familia tiene un papel fundamental en la formación de valores, actitudes y conductas de los seres humanos. Desde esta perspectiva los roles de género pueden aprenderse o desaprenderse al interior de la familia. (Armas, N. 2007)

Cabe mencionar que la familia debe cumplir tareas internas que sirvan de respuesta a su dinámica familiar y que se suman a las anteriormente descritas, pudiendo citarse las que siguen:

- **Comunicación:** Comunica toda conducta y es el eje que permite el cumplimiento de las demás tareas.
- **Afectividad:** La Familia es el principal reducto de amor que rodea al ser humano.

- **Apoyo:** La solidaridad familiar permite el desarrollo de todos sus miembros.
- **Adaptabilidad:** La Familia debe adaptarse a los permanentes acontecimientos que la movilizan.
- **Autonomía:** Dentro de la familia se debe promover el respeto y la autonomía de cada uno de sus integrantes.
- **Reglas y normas:** Todo equipo humano requiere de regulaciones para su organización, es decir de roles claros para cada miembro y niveles de jerarquía para moldear su funcionamiento. (Armas, N. 2007)

### **3. ESTRUCTURA FAMILIAR**

Dentro del contexto familiar es importante comprender que en muchas ocasiones su estructura puede ser muy diversa, y es necesario conocer y manejar adecuadamente la tipología familiar existente; por esta razón consideramos oportuno remitirnos a la siguiente clasificación:

**3.1 Familia Extensa:** Está constituida por más de dos generaciones en el hogar de los abuelos.

**3.2 Familia Nuclear Íntegra:** Se refiere a los matrimonios casados en primeras nupcias y con hijos biológicos.

**3.3 Familia Nuclear Ampliada:** Tiene que ver con las familias en las cuales se incluye a otras personas, que pueden tener algún vínculo consanguíneo (madre, tíos, sobrinos), o no tenerlo como sucede con las empleadas domésticas o alguna persona que esté de visita en casa.

**3.4 Familia Monoparental:** Es aquella en que un solo cónyuge está con la responsabilidad total de la crianza y convivencia de los hijos.

**3.5 Familia Reconstituida:** Es una familia en la que dos personas deciden tener una relación formal de pareja y forman una nueva familia, pero que al menos uno de ellos incorpora un hijo de una relación anterior. (Armas, N. 2007)

## **4. FUNCIONALIDAD Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR**

### **4.1 Homeostasis familiar**

La homeostasis es definida como la regulación y el mantenimiento de un medio interno constante. Cuando se llega a la homeostasis, es cuando la familia conserva o mantiene sus pautas preferidas tanto tiempo como le es posible, poniendo resistencias a los cambios mediante mecanismos de regulación. (Ares, P. 2002)

### **4.2 Homeostasis sin tensión**

Es cuando el estado estable en los intercambios y las comunicaciones se alcanza sin el empleo de mecanismos homeostáticos que impongan tensión al campo psicoafectivo y social familiar. (Ares, P. 2002)

### **4.3 Homeostasis bajo tensión**

Es cuando el estado estable se alcanza con el sufrimiento y la imposición de mecanismos homeostáticos rígidos o inmodificables. Aquí la homeostasis no va a perdurar, pues el sistema tiende a cerrarse y, en algún momento, se produce un notorio e inesperado desequilibrio. (Ares, P. 2002)

### **4.4 Ruptura de la homeostasis**

Ésta se da cuando por una posición cerrada o en una extrema tensión, el equilibrio no puede sostenerse y se rompe, es decir que la familia se desintegra como tal. (Ares, P. 2002)

De lo expuesto anteriormente se deriva que una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en estos. Así como también que una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado,

debe ser considerada como un factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros.

Para reafirmar este criterio debemos apoyarnos en el concepto de salud brindado por la OMS, donde se la concibe a la misma no solo como ausencia de síntomas sino también como el disfrute de un bienestar psicológico y social.

La funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen plenamente (seguridad económica, afectiva, social y de modelos sexuales); y cuando se generan nuevos individuos para la sociedad en una homeostasis sin tensión, y mediante una comunicación basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares. En tanto que la disfuncionalidad familiar a nivel comunicacional puede ser una consecuencia de la perturbación severa del tipo de intercambios establecido (dobles mensajes, bloqueos, desplazamientos, doble vínculo).

La familia al ser un sistema como lo menciona Von Bertalanffy, se caracteriza por presentar constantemente cambios adaptativos que se generan desde la organización interna; pero también existen cambios impulsados por la posición externa que se asume en la comunidad, pudiendo la dinámica familiar estar influida por un ambiente social amistoso y consecuentemente ocasionar que la familia fomente en sus miembros una importante movilidad social. (Bertalanffy, V. 1950)

En tanto que un ambiente social lleno de peligros puede influenciar negativamente y hacer que una familia se desintegre, pero así mismo puede constituirse en el motivo para que la familia, al buscar de un mecanismo defensivo, se cohesionen aun más.

De acuerdo a toda esta gama de respuestas emocionales, las familias viven, sobreviven, se integran o se desintegran; por lo que la funcionalidad de una familia, desde una perspectiva emocional, será considerada como saludable o tendiente a saludable. Y, entonces, las características de la funcionalidad tendrán que ver con aspectos trascendentales, como: estructura de la familia (familia completa o

incompleta), bienestar, formas de intercambio afectivo, manera de resolver problemas, enseñanza de reglas (disciplina, valores, límites). (Ares, P. 2002)

La disfuncionalidad por su parte, como su propia denominación lo indica, hace alusión a los trastornos que van en mengua del funcionamiento de un sistema familiar. Pudiendo tratarse de dolor y agresión, ausencia de afectos y bienestar, y hasta de deterioro y posible desintegración.

De esta manera, queda claro que familias funcionales son aquellas en las que, en mayor o menor grado, se cumplen las obligaciones y se respetan los derechos de cada miembro del sistema.

Ackerman y varios autores, coinciden en señalar algunos requisitos o condiciones que deben cumplirse dentro del sistema familiar, para que se establezca una funcionalidad adecuada (Ackerman, N. 1977); entre ellos se mencionan los siguientes:

a) La provisión y satisfacción de las necesidades básicas como alimento y abrigo, y que la familia sea la matriz de las relaciones interpersonales en las cuales se forjen los lazos afectivos. b) Promover la identidad personal, ligada a la identidad familiar, que es el factor que fomentaría luego una seguridad para enfrentar experiencias nuevas; todo esto en estricta relación con el desarrollo apropiado de la identidad sexual, y de una identidad social que le permita aceptar responsabilidades. c) Como último requisito, pero no menos importante, se menciona la necesidad de que la familia fomente el aprendizaje, la creatividad y la iniciativa individual

Con el cumplimiento de las condiciones mencionadas anteriormente, consideramos que se puede alcanzar dentro del núcleo familiar una mayor satisfacción y, consecuentemente, un funcionamiento más armónico. Aunque existen familias que guardan cierto nivel de equilibrio, a través de relaciones no tan saludables; pero que generalmente, en estos casos, hay algún integrante que tiene que sacrificarse para mantener mencionado equilibrio.

En una familia funcional los sentimientos de amor y ternura, al igual que los sentimientos de rabia, son expresados en forma libre al tener la convicción de que nadie será destruido por un conflicto temporal. En una familia disfuncional, por el contrario, se oculta la frustración o el enojo o bien se expresa indirectamente; con lo que se produce un aumento de la tensión, que a veces llega a la explosión emocional y amenaza con la destrucción de la familia.

Una familia funcional reconoce que cada miembro es diferente y tiene su propia individualidad, y que por tanto es normal que emprenda en actividades en las cuales los otros no participan; es decir, que la familia reconoce y respeta los límites de la autonomía. En esta familia los padres se preparan poco a poco para la separación de los hijos, a medida que crecen. En la familia disfuncional, en cambio, mientras más crecen los hijos, mayor es la angustia de los padres al sentirse amenazados por la soledad. (Armas, N. 2007)

Se puede anotar también que en la familia funcional la comunicación es clara y directa, y el comportamiento según mandan las funciones tradicionales; y cuando existe patología, inclusive se pueden encontrar hijos con funciones parentales.

Otro aspecto importante, pero relacionado con la disfuncionalidad, es el hecho de en una familia vulnerable la disfunción puede estar relacionada con una crisis normal de desarrollo como es el caso de la etapa de la adolescencia, o también puede tener su origen en factores exógenos como los laborales, de salud, hospitalización u otros similares. (Cebria, J. 1983)

Con el detallado enfoque anterior podemos comprender que la funcionalidad de una familia, aún cuando sea incompleta, dependerá de la sensación de pertenencia e identidad que se sienta con relación a ella; de que exista un clima de seguridad física y sobre todo afectiva; que la comunicación sea clara y directa; que cada quien conozca sus funciones, sin que siempre sean rígidas, puesto que en ocasiones pueden ser intercambiables o complementarias; que existan normas conocidas por todos los integrantes del sistema; que se evidencien sentimientos de colaboración grupal, aún

cuando hayan áreas de autonomía; y, que la familia sea capaz de adaptarse a los cambios.

Es necesario puntualizar de que siempre han existido y seguirán existiendo dificultades o vicisitudes en las familias. Siendo por tanto normal, y hasta saludable, que se presenten crisis y conflictos; ya que la familia encuentra en éstos una oportunidad para habilitarse y capacitarse, con la finalidad de poder resolverlos; y dependiendo de la manera cómo enfrente esta ineludible realidad, su mayor o menor funcionalidad.

La funcionalidad y la disfuncionalidad familiar, caracterizadas por la fortaleza o el debilitamiento de los papeles que deben cumplir sus integrantes, son las causantes para que la familia, como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad, se convierta en un medio favorable o desfavorable en el proceso Salud-Enfermedad. (Guilló, C. 2005)

**El FF-SIL**, un instrumento construido por un grupo de Másteres en Psicología de la Salud en Cuba, al ser utilizado en la aplicación de un *test* de funcionamiento familiar, mide el grado de funcionalidad considerando 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad. (Armas, N. 2007).

- **Cohesión:** Unión física y emocional de la familia, tanto al enfrentar diferentes situaciones como en la toma de decisiones en las tareas cotidianas.
- **Armonía:** Correspondencia ente los intereses y necesidades individuales, y los de la familia: en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias en forma clara y directa.
- **Afectividad:** Capacidad de los miembros de la familia de expresar y demostrarse entre ellos sentimientos y emociones positivas.
- **Roles:** Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas en el seno del núcleo familiar.

- **Adaptabilidad:** Habilidad de la familia para cambiar la estructura de poder, en relación a roles y reglas, frente a una situación que lo requiera.
- **Permeabilidad:** Capacidad de la familia de brindar experiencias propias y recibir las de otras familias e instituciones.

Sirve para identificar y conocer con mayor profundidad los aspectos que tienen mayor incidencia en el inadecuado funcionamiento familiar, como son:

- Comunicación familiar
- Distribución de roles
- Solución de problemas
- El afecto familiar.

## **5. LA FUNCIÓN FAMILIAR Y LA PROSTITUCIÓN**

Tomando en consideración que dentro de nuestro trabajo investigativo está el hecho concreto de la actividad laboral de la prostitución, es necesario tener en cuenta las características y evolución de esta profesión tan antigua como la humanidad.

El fenómeno de la prostitución es complejo y, por lo mismo, difícil en cuanto a su definición. La prostitución, como actualmente se concibe, se realiza cuando una persona concede con frecuencia a otros su cuerpo por dinero. Generalmente la ejercen las mujeres, pero también hombres y niños, y las prestaciones sexuales pueden realizarse tanto en campo heterosexual como en el homosexual. (Diccionario de la Lengua Española 2005)

Como dice Rosa Dominga Trapasso, del Movimiento “El Pozo” del Perú, en su Artículo “La Prostitución en Contexto”, la prostitución es un fenómeno social que afecta diversos aspectos de la sociedad y que no se limita sólo a actividades individuales (prostituta y cliente). Desde este punto de vista, todo análisis de la prostitución debe ser ubicado dentro de un contexto que abarque los ámbitos de lo

político, social, económico y cultural, por ser los que lo han originado y continúan alimentándola. En este sentido, el fenómeno social de la prostitución requiere un esclarecimiento acerca de los actores que la protagonizan, y de las estructuras económicas y los sistemas sociales que lo sostienen.

Según Kate Mollet, la prostitución es un paradigma de la condición femenina. Y es una modalidad de explotación, ejercida mediante una actividad histórica y organizada; que se ha sustentado en los roles sexuales, a cambio de un pago inmediato en dinero o bienes que son apropiados en una (mínima) parte por la víctima de la explotación y, frecuentemente, también por terceros (en su mayor parte) que se han organizado en torno de esta explotación.

La prostitución es un concepto que genera polémica en la sociedad, y más aun es la causa para una discriminación severa; pero sin que se observen, ni se analicen a profundidad, las circunstancias que obligan a las personas a tomar esta decisión.

Las mujeres que ejercen la prostitución viven indudablemente en condiciones de desventaja, debido a su marginalidad socioeconómica y cultural, y son víctimas de graves y recurrentes violaciones a sus derechos humanos. Además los medios en los cuales viven, y la manera como se encuentra organizada la prostitución, conllevan un alto nivel de vulnerabilidad ante las diversas formas de violencia de género, situaciones de explotación sexual y trata de personas.

Para algunas mujeres la prostitución es concebida como una profesión y viven bien con esta actividad; para otras es solamente una opción de supervivencia, tal vez la única posible; pero para ciertas mujeres constituye una pesadilla de la cual quieren salir pronto. En todo caso, cualquier estrategia de intervención social tiene que estar enmarcada en el ámbito de sus derechos y condiciones de vida. Además, tiene que ir acompañada de un programa de información y sensibilización, con el fin de cambiar tanto los estereotipos irrespetuosos y moralistas de la sociedad en general, como las actitudes y comportamientos de los potenciales clientes.

Las responsabilidades económicas y familiares que la mujer desplazada debe enfrentar, traen consigo grandes crisis psico-emocionales que difícilmente pueden ser cuantificadas. La influencia de estas situaciones de crisis vividas, deterioran las relaciones intrafamiliares; lo que se manifiesta en hechos reales como el aumento de la violencia intrafamiliar, y el maltrato físico y emocional al cual está expuesta la mujer. Así mismo, su relación con los hijos se tensiona, debido a las presiones que desembocan en el maltrato.

La familia como espacio privilegiado de la reproducción social y física de las personas y de la sociedad, se constituye en amortiguador y receptor de la tensión individual y colectiva; lo que vulnera su dinámica y desarrollo, especialmente en aquellas situaciones donde las múltiples exigencias recaen sobre una sola persona, la mujer.

## **6. TERMINOLOGÍA Y ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

El termino prostitución viene del latín "prostituere", que literalmente significa estar expuesto a las miradas del público, estar en venta, traficar con el cuerpo. Siendo por tanto una actividad a la que se dedica la persona que mantiene relaciones sexuales con otra a cambio de dinero. (Fuente electrónica)

El origen de la prostitución se encuentra en las sociedades primitivas donde era costumbre ofrecer a la esposa, a la hija o sirvienta al huésped en señal de estima. En la prostitución sagrada, religiosa o ritualista, se ofrecían a las jóvenes vírgenes más hermosas a los dioses en señal de estima; estando ligado el origen de la misma a los ritos de la fertilidad muy frecuentes en el antiguo Oriente.

### **▪ La prostitución en la actualidad**

La prostitución por sí misma no constituye ningún delito, sin embargo alrededor de ella se vienen evidenciando algunos hechos delictivos, como son:

- Cooperar
- Proteger

- Reclutar
- Retener contra su voluntad
- Vivir a expensas de las personas cuya prostitución es explotada.
- Ser dueño de un negocio de prostitución...

La prostitución es un servicio que puede ser ofrecido por hombres y mujeres a solicitud de ambos; pero lo más común en todas las sociedades es la prostitución de mujeres o de hombres a solicitud de hombres. Siendo este un servicio que, si bien no ha evolucionado en su forma, sí ha experimentado una variación en los motivos que llevan a dicha actividad.

En Europa, sobre todo durante los últimos dos siglos, la “prostitución” ha sido construida y considerada como una transacción (sexo por dinero) que se aparta del núcleo familiar. Discursos médicos, sociológicos, criminológicos, psicológicos y feministas se han fijado solamente en las “prostitutas” y no en los clientes, y casi exclusivamente en las mujeres en vez de considerar conjuntamente con los hombres. Han concentrado su atención en los individuos aislados, sin pensar que todos forman parte de alguna familia y que desempeñan papeles comunitarios. Y han tratado a estas personas como si lo único importante de ellas fueran ciertos órganos –la vagina, el pene– en vez de tomar en cuenta integralmente su humanidad. (Fuente electrónica)

Hoy en día, las formas de prostitución son muy variadas. Distinguiéndose entre ellas tanto la prostitución femenina como la masculina a nivel de adultos; y que, a pesar de que cuando se habla de esta actividad humana se piensa enseguida en la prostitución femenina, ya que esta supone un 80 % del total de personas prostituidas, en la actualidad se está produciendo un constante aumento de la prostitución masculina y la infantil.

## **7. TIPOS DE PROSTITUCIÓN**

**7.1 La prostitución callejera.-** La forma de prostitución más habitual, es la que suele ejercerse en zonas delimitadas del casco urbano de las ciudades: plazas

públicas y parques céntricos, cascos antiguos, o zonas portuarias. El contacto sexual se realiza en pensiones modestas cercanas a la zona, en los mismos parques o en el automóvil del cliente.

**7.2 Prostitución en Hoteles de lujo.-** En estos casos, los clientes, generalmente hombres de negocios, se hospedan en un hotel donde se le ofrece la posibilidad de contratar, en su misma habitación, los servicios de una mujer a una hora señalada. Para que se lleve a cabo este tipo de prostitución, existe toda una red de prostitutas, proxenetas, chóferes, taxistas, botones y recepcionistas de los hoteles implicados.

**7.3 Prostitución en salones de masajes.-** Esta variedad de prostitución se anuncia a través de la oferta de salones de masajes o relax. La mayoría de las mujeres que aceptan este tipo de empleo ni siquiera conocen las implicaciones en el campo sexual; sin embargo, después se ofrece a las principiantes una determinada clase de clientes, con el fin de que ganen mucho dinero y, por ello, no abandonen el trabajo.

**7.4 Prostitución militar.-** Alrededor de las bases militares suelen instalarse numerosas mujeres que ejercen la prostitución, así como varios prostíbulos y barras americanas. Esta clase de prostitución supone otros tipos de problemas, diferentes a los a los que caracterizan a los demás variedades de esta actividad. Pues por un lado está la falta de higiene, con el consiguiente aumento de las enfermedades venéreas; y por otro, cuando las tropas se marchan o se desmantelan las bases, las prostitutas se inmiscuyen en la trata internacional, siendo llevadas a otros lugares y centros de prostitución, de donde es muy difícil que puedan salirse.

**7.5 Servicio de acompañamiento.-** Esto tiene que ver con jóvenes mujeres, de nivel cultural alto y de buena presencia física, que prestan su compañía a altos ejecutivos o empresarios. Esta clase de servicios ofrecen, sobre todo, los hoteles y las agencias especializadas.

**7.6 Turismo sexual.-** Consiste en que las propias agencias de turismo ofrecen viajes en los que se les facilita contactos sexuales con mujeres jóvenes. Los clientes suelen

ser hombres de negocios, militares y turistas, que buscan en países del tercer mundo prostitutas con las cuales puedan realizar un encuentro sexual diferente al de sus países de origen. Este tipo de turismo sexual es una gran fuente de ingresos para los países que lo explotan; por ejemplo, en Tailandia constituye la tercera fuente de ingresos del país, que ya contó con unas 700.000 prostitutas en el año 1980.

**7.7 Las explotadas.-** Este grupo está compuesto por las “**mancebas**”, que son aquellas que viven en un burdel controladas por la madama; las “**sedentarias**”, que ocupan pequeños cuartos donde viven y trabajan, explotadas por proxenetas; las “**coperas o cabareteras**”, que trabajan en cabarets y bares nocturnos; y las “**bailarinas**”, que trabajan en clubes nocturnos.

**7.8 Las semiindependientes.-** Aquí tenemos a las “**calls girls**”, que trabajan bajo el sistema de las citas telefónicas con clientes conocidos, exclusivos o recomendados; y las “**escorts**”, que venden compañía y servicios sexuales a clientes reunidos en congresos u otro tipo de encuentros importantes, en calidad de compañeras de noche, viaje o paseo.

**7.9 Las vividoras.-** En este grupo tenemos a las “**mantenidas**”, que son aquellas que viven con un hombre a cambio de subsistencia por un lapso incierto, desempeñando tareas de pareja sin hijos; y las “**oportunistas**”, que son mujeres que para acceder a un empleo, ascenso o prestaciones aceptan las solicitudes sexuales de su jefe, líder o patrón.

Es muy importante reconocer que para el desarrollo de la prostitución se requiere de un intermediario, llamado “**proxeneta**”, el mismo que puede ser varón o mujer y posee los contactos suficientes para promover, facilitar o contribuir a la prostitución de personas de cualquier sexo; es decir, que es un tercero que se entromete entre dos personas, para que una de ellas acceda al deseo carnal de la otra. (Fuente electrónica)

## **8. CAUSAS DE PROSTITUCIÓN**

Durante mucho tiempo se ha dicho que los factores que llevaban a la prostitución eran de carácter biológico, debido a que la mujer estaba llena de sexualidad o en una situación de decadencia general; aunque otros pensaban que lo que llevaba a la prostitución era más bien la falta de madurez sexual. Pero hoy en día se ha llegado a determinar que existen muchos factores que pueden inducir a la prostitución, como son:

**8.1 Desintegración de la familia origen.-** Una infancia llena de experiencia negativas como el abandono del padre o la madre, o a veces ambos; la estancia en centros semi-correccionales; las relaciones padres-hijas insatisfactorias; los malos tratos y falta de atención y de cuidados; y el incesto y las violaciones que llevan a considerarse a sí mismos como una mercancía u objeto sexual. Por otra parte, la promiscuidad sexual precoz trata de encontrar el reconocimiento y el apoyo que le ha faltado en el medio familiar.

**8.2 Madre soltera o ruptura con la pareja.-** El embarazo no deseado en edades muy tempranas, suele ser una de las causas poderosas para que aquellas madres ingresen al mundo de la prostitución. Este fenómeno social se da muchas veces debido al rechazo de los padres hacia la hija, por haberse quedado embarazada fuera del matrimonio. En estos casos las mujeres también llegan un estado de marginación social y laboral que les obliga a ejercer la prostitución.

**8.3 Inducción o coacción.-** Otro de los motivos para el ingreso de la mujer a la prostitución, es la presión y coacción que ejerce sobre ella el marido o el hombre con quien convive. De un estudio realizado sobre un total de 50 mujeres que se decidieron por la prostitución, el 12 % habían sido inducidas por el marido.

**8.4 Pobreza y condiciones de vida.-** Este es un factor de gran incidencia ya que la mayoría de las prostitutas pertenece a clases sociales bajas. Por lo que la pobreza y la miseria están entre los principales motivos de prostitución.

Carlos Marx, en su obra *El capital*, dice que al estudiar las consecuencias inmediatas de la crisis algodonera en 1865 en Inglaterra, las depresiones económicas disparan por igual las estadísticas de la prostitución en todas las regiones del planeta.

**8.5 Hábitos de consumo y drogadicción.-** Esta es una causa muy importante de inducción a la prostitución; sobre todo en grupos de edades jóvenes, que encuentran en esta actividad una manera de cubrir los gastos del consumo. Por otra parte, las mismas redes de explotación inducen a las mujeres al consumo, con el fin de tener el pleno control sobre ellas; ya que al constituir la droga una necesidad no pueden escapar de las redes. Este tipo de prostitutas son las que más repudian la prostitución; pero urgidas por el dinero rápido, y por la facilidad con la que lo consiguen en esta actividad, hace de la prostitución una de las salidas más viables para los consumidores de drogas.

**8.6 Coerción.-** Existen mujeres que al solicitar un trabajo decente son puestas a prueba en su honestidad, por medio de insinuaciones de hombres, de cierto estatus social, que las extorsionan amparándose en el cargo que ocupan: ofreciéndoles un puesto importante, a cambio de la aceptación de sus requerimientos sexuales.

**8.7 Factores de índole sexual.-** Muchas mujeres, que por la insatisfacción sexual con su pareja no vacilan en cambiar la misma, pueden terminar realizando un actividad remunerada aunque no consigan sentirse satisfechas de lo que buscaban. Es decir que entregan su cuerpo, pero en su mente solo permanece una fantasía alejada de la realidad.

**8.8 Otras causas.-** Se pueden también citar como causas de la prostitución el desempleo, el subempleo, la violencia, los abusos sexuales, las decepciones amorosas y los abandonos, la marginalidad y la discriminación, el alcoholismo y la drogadicción, las ETS, etc. (Fuente electrónica)

## 9. CONSECUENCIAS DE LA PROSTITUCIÓN

Las consecuencias de la prostitución son muchas y variadas, pero se pueden sintetizar en las siguientes:

- Las consecuencias de la prostitución son sobretodo de carácter sanitario. En la actualidad la sanidad, a pesar de constituir un aspecto fundamental, es uno de los más descuidados en la prostitución callejera. Muchas de las mujeres que ejercen esta actividad, desconocen las medidas de protección para su salud. Así mismo la mayoría de las prostitutas no hace uso y, por tanto, no aprovecha una cobertura sanitaria pública; razón por la cual, cuando necesita asistencia sanitaria, tiene que recurrir a los servicios privados, y que al no poder pagarlos debido a sus elevados costos, solo acude a los mismos cuando la enfermedad está ya avanzada y, por lo mismo, ya no es posible una protección o prevención, sino solamente la posible curación.
- De entre las enfermedades que afectan al mundo de la prostitución, el 72 % de las mismas son de transmisión sexual (E.T.S), como los casos de: Sífilis, Hepatitis B, Gonococos, S.I.D.A. y otros significativos problemas como la desnutrición, infecciones, lumbagos, etc. Con la presencia de todas estas enfermedades surge un problema social aun mayor, puesto que el cliente cada vez confía menos en la prostituta y, por ende, se vuelve más exigente; llegando a los límites de recurrir a la prostitución infantil, por el supuesto de que en este ámbito hay menos probabilidades de contagiarse con este tipo de enfermedades: algo que resulta totalmente equivocado.
- Las redes de prostitución obligan a la mujer a prostituirse ya sea mediante el secuestro o a través del engaño. Cuando se trata del engaño los involucrados le prometen un buen trabajo y por consiguiente mucho dinero; para lo cual le hacen firmar un contrato, por supuesto ilegal, en el que se compromete a pagar una cantidad de dinero que rebasa sus posibilidades y capacidades, por lo que se ve forzada a prostituirse y así tratar de cumplir con semejante

exigencia. Y en el caso de que el modus operandi sea el secuestro de la mujer, le obligan a consumir cualquier tipo de droga, de lo que se aprovechan para violarla repetidas veces; todo esto con el fin de atemorizarla para que no se niegue a prostituirse y, así, pierda el miedo o la vergüenza de hacerlo. Siendo también una estrategia el administrarle ciertas dosis de droga, con el fin de que se haga adicta a dicha sustancia, que solo puede ser suministrada por la misma red de prostitución, y con lo cual consiguen el objetivo final de tener a dicha mujer a su servicio. (Fuente electrónica)

## **10. LA PROSTITUCIÓN DESDE LA MIRADA MÉDICA**

Los riesgos para la salud física y mental de las mujeres que ejercen la prostitución son definitivamente insoslayables. Se observa ya una marcada preocupación por las secuelas que podrían sufrir, sobre todo, las de mayor edad y aquellas que tienen hijos/hijas. Los maltratos, los contagios de enfermedades infecciosas como el SIDA y otras, así como los embarazos no deseados y las secuelas físicas, son los riesgos que se pueden considerar como de mayor incidencia. Pero sin perder de vista los agudos problemas psicológicos que se derivan de la prostitución; pues muchas mujeres sufren síntomas de estrés post-traumático, baja autoestima, depresión y dificultad para rehacer su vida o al menos proponerse un cambio. (Fuente electrónica).

Es necesario realizar un esfuerzo conjunto para que nuestro sistema sanitario de carácter universal, llegue de manera efectiva hacia estas mujeres, especialmente a las consideradas con un mayor nivel de marginación. Para cumplir con este propósito, los servicios sanitarios deben estar en condiciones de atender con normalidad las especiales características de las mujeres que se prostituyen, sin excluir por ningún concepto a las personas extranjeras que requieran atención. En este sentido deben atenderse las demandas, realizadas como colectivos sociales, de personas que ejercen la prostitución (trabajadoras/es sexuales), para que sean incluidas en políticas públicas de salud con una visión integral; es decir que no sólo se orienten hacia la prevención y tratamiento de aquellos aspectos vinculados estrictamente con las

prácticas sexuales, sino considerar todas las implicaciones que la actividad de la prostitución conlleva, en menoscabo de la salud física y mental de quienes la ejercen.

En relación a este mismo fenómeno social, debemos preguntarnos ¿hasta qué punto la renovada atención que, a partir del auge de la epidemia del VIH/SIDA, la medicina pone en las trabajadoras sexuales podría dar lugar a nuevas concepciones? Al respecto, Ward y Day (1997) han evidenciado cómo la epidemia de VIH/sida ha desplazado la atención de otros problemas vitales para las personas dedicadas al trabajo sexual. Y si consideramos lo que sostienen tanto Crawford (1994) como Parker y Aggleton (2003), entre otros, dicha epidemia ha renovado la estigmatización hacia las personas dedicadas a la prostitución.

## **11. HIPÓTESIS**

¿La prostitución: servicio sexual o problemática social? La prostitución genera fuertes impactos en la familia y su funcionalidad, y por tanto: Mientras mayor es el tiempo dedicado a la prostitución, con su correspondiente beneficio económico, mayor es la influencia en la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia.

## **12 METODOLOGÍA**

### **12.1 Tipo de Estudio**

Es un estudio de tipo descriptivo, en función del problema analizado y es retrospectivo y prospectivo en relación al tiempo.

### **12.2 Muestra**

La población de trabajadoras sexuales que se atienden en el centro de salud proviene de cinco casas de citas; y corresponden a mil personas, de las cuales se tomaron muestras a través del procedimiento de muestreo por grupos, de donde se seleccionó al azar el 10% de cada grupo establecido. Consideramos que este porcentaje constituye una muestra representativa, y que, además, al trabajar por grupos se atiende a las especificidades de trabajo, relaciones humanas y laborales de cada casa de citas.

### **12.3 Población y área de estudio**

La población estuvo constituida por 100 trabajadoras sexuales que acuden al Centro de Salud “Carlos Elizalde” de la Ciudad de Cuenca durante el periodo que comprendió el estudio.

### **12.4 Operacionalización de variables**

Variable dependiente: Funcionalidad o disfuncionalidad familiar

Variable independiente: Edad, instrucción, estado civil, procedencia, ingresos económicos mensuales y conocimiento familiar sobre el tipo de trabajo que realiza la persona. (Ver Anexo)

### **12.5 Criterios de inclusión**

Se incluyó en el estudio a 100 trabajadoras sexuales que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde” de la ciudad de Cuenca, que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

### **12.6 Criterios de exclusión**

Personas que no acepten participar en el estudio y por ende no den su consentimiento informado.

### **12.7 Procedimientos de recolección de la información e instrumentos a utilizar**

Para lograr la eficacia, eficiencia y efectividad en el proceso de recolección de información utilizaremos varias técnicas, como: observación de campo y entrevistas en profundidad que serán realizadas en la consulta médica y en visitas a las casas de tolerancia; además, se utilizarán algunos instrumentos de medicina familiar anteriormente mencionados y la investigación bibliográfica

Se utilizó un cuestionario donde se encontraron las variables en estudio; y para la valoración de la funcionalidad o disfuncionalidad familiar, se utilizó la herramienta conocida como el FF-SILL, un instrumento construido por un grupo de Másteres en Psicología de la Salud en Cuba, que tiene que ver con la aplicación de un *test* de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad basado en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad.

### **12.8 Métodos para el control de la calidad de los datos**

La recolección de datos fue realizado por los propios autores de este trabajo, que estuvieron presentes en la realización del test para explicar cualquier aspecto o

pregunta que cause confusión. De esta manera, al recopilar la información se iba controlando que la misma no esté incompleta o no sea clara.

### **12.9 Aspectos Bioéticos**

Al trabajar con un grupo tan vulnerable, como es el de las trabajadoras sexuales, fue de suma importancia lograr su consentimiento para incluirles en esta investigación, para lo cual se informó previamente sobre los objetivos que se pretendían alcanzar. Con este mismo fin adjuntamos el modelo de consentimiento y se les hizo conocer acerca del manejo confidencial de la información que nos proporcionaría, la misma que luego quedó consignada en su historial médico.

## **13. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

### **13.1 Recursos necesarios**

Para el desarrollo y ejecución de la presente investigación se necesitaron los siguientes recursos: (Ver Anexo)

## **14. RESULTADOS**

De la tabulación de los cuestionarios de recolección de datos, así como de la aplicación de la entrevista y la posterior calificación del test se derivan los siguientes resultados: (Ver anexo 6)

## **15. DISCUSIÓN**

Al estudiar la Funcionalidad vs. Disfuncionalidad Familiar en Trabajadoras Sexuales, la media de edad se ubicó en 25.96 años, con un DS de 5.53 años, lo que pone en evidencia un dato parecido a los encontrados en otros estudios; por ejemplo la media de edad en un estudio realizado en Cádiz se ubica en 30 años, mientras que en el mismo documento se refiere además que la media de edad en mujeres de origen marroquí es superior a los 30 años. María José Belza y colaboradores en el año 2003, en su estudio titulado “Condiciones socio laborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid”, encontró que la media de edad era de 28.7 años. Tanto esta autora como el estudio llevado a cabo por el instituto antes mencionado presentan datos parecidos a los encontrados en nuestra investigación. Pues realmente en ninguna bibliografía se encuentra una explicación o una relación clara entre a

edad de las trabajadoras sexuales. Todos los datos de estos estudios realizados en varias ciudades españolas, colocan como un mínimo de edad para la realización de la actividad de la prostitución los 17 años y como un máximo 40 años de edad. Datos muy parecidos a los encontrados en nuestro estudio, donde se determina que la distribución de edades para la práctica de la prostitución es similar que en otros países, (Guilló C, 2005, p 61-113). Sin embargo, existen también reportes de trabajadoras sexuales con edades menores; algo que podría replicarse en nuestro país, pero que no se reflejó en el presente estudio.

El nivel de instrucción más prevaleciente de las trabajadoras sexuales en nuestro estudio fue el de primaria completa, lo que refleja la falta de educación y acceso a la formación de las trabajadoras sexuales; encontrándose datos parecidos en un estudio realizado en la comunidad autónoma de Andalucía, (Guilló C, 2005, p137-218). Ferreira, en su tesis doctoral, también afirma que las trabajadoras sexuales tienen un bajo nivel de instrucción y el acceso a la misma es cada vez más difícil, lo que ha crea un círculo vicioso.

El estado civil que más prevalece en nuestro estudio es el de unión libre; y la bibliografía consultada no revela datos claros sobre esta variable, aunque sí refleja que la mayoría de trabajadoras sexuales se distribuyen entre todos los estados civiles. En nuestro estudio se encontró el estado civil unión libre como el más frecuente, probablemente por el tipo de relación que se genera en el ambiente en el que se desenvuelven las trabajadoras sexuales, y en el cual llegan a establecer relaciones de este tipo al buscar seguridad u otros beneficios.

La mayoría de trabajadoras sexuales de nuestro estudio provienen de la región costanera, sin que hayamos encontrado en la bibliografía una relación entre la procedencia y la actividad de la prostitución. Sin embargo, en nuestro estudio se puede establecer esta la posible relación debido a las diferencias socio-culturales entre las regiones naturales de nuestro país, sin que esto induzca a juicios ligeros e irreales sobre la variable y su relación con la prostitución.

La mayor parte de trabajadoras sexuales posee ingresos mensuales entre 700 y 799 dólares americanos, lo que indica que se encuentran muy por encima del salario mínimo vital establecido para nuestro país. Reflejándose así que la prostitución, como fenómeno social, es una consecuencia del mercantilismo en el que se basa el sistema económico; razón por la cual el “consumo” de este producto se ve manifiesto en los ingresos económicos que posee la trabajadora sexual.

El 80% de familias de las trabajadoras sexuales de nuestro estudio desconocen a qué se dedica su familiar, ya que, por distintos motivos, las trabajadoras sexuales prefieren ocultar el trabajo que realizan; y en como en muchas ocasiones ellas son las que mantienen económicamente a la familia, pareciera que esta situación es la interesa predominantemente tanto a los familiares como a la trabajadora sexual.

Como hemos mencionado la mayoría de trabajadoras sexuales provienen de otra región, algunas incluso son estudiantes, por lo que realizan esta actividad impulsadas por la necesidad económica, y el conocimiento o desconocimiento del tipo de trabajo pasa a segundo plano.

Poseen familias funcionales el 40%, moderadamente funcionales el 44%, familias disfuncionales el 10% y severamente disfuncional el 6%. Como se puede notar, la mayoría de trabajadoras sexuales posee familias consideradas como funcionales, por lo que la relación entre estas variables y la prostitución no está clara; y además es evidente la presencia de varios factores intervinientes, como: el desconocimiento dentro del núcleo familiar del tipo de trabajo que realiza la persona y el alto ingreso económico que recibe la familia: lo que puede influir en un mejor funcionamiento de la familia. La bibliografía consultada no brinda datos claros sobre esta relación de variables.

No se encontró asociación entre la disfuncionalidad familiar y las variables en estudio; lo que se explicaría por la baja presencia de datos relativos a las familias disfuncionales, pues solo el 16% de las mismas posee algún grado de disfuncionalidad.

El estudio del fenómeno de la prostitución es complejo, ya que sus causas y consecuencias mutan según la situación económica y política del momento. Y su impacto en la funcionalidad familiar puede estar enmascarado por los beneficios económicos que recibe la familia y el desconocimiento por parte de sus miembros del tipo de trabajo que realiza la persona prostituida.

## 16. CONCLUSIONES

Luego de haber culminado el presente trabajo investigativo, podemos establecer las siguientes conclusiones:

- Que la prostitución, de acuerdo a estipulado en la hipótesis, debe ser considerada como una más de las actividades a las que se dedican las personas, en este caso las trabajadoras sexuales, para conseguir el sustento económico personal o de su familia; más aún si conocemos que este trabajo es tan antiguo como la misma humanidad. Pero también la prostitución, incuestionablemente, es un fenómeno social que lleva consigo varios problemas, relacionados tanto con la persona que la práctica como con quienes convive diariamente. Y es dentro de este contexto bien identificado, en donde debe ser tratado estructuralmente el hecho concreto de la prostitución; para lo cual es indispensable que las instituciones públicas llamadas a intervenir en este campo, así como la sociedad en su conjunto, actúen sin caer en la estigmatización dañina y marginadora que tanto incidencia peyorativa ha tenido en este colectivo social.
- En cuanto a la incidencia directa de la prostitución en la disfuncionalidad familiar, podemos afirmar que los resultados de la investigación han revelado que la realidad no es totalmente como se planteó en la hipótesis. Pues los datos y su posterior análisis nos hacen concluir que, a pesar de características propias de este fenómeno social, existen mayoritariamente familias funcionales y moderadamente funcionales; desde luego, reconociendo que existe también un porcentaje de disfuncionalidad en las familias, pero que puede asemejarse a cualquier otro conglomerado social.
- En estricta relación a lo manifestado en las dos conclusiones anteriores, la prostitución debe ser abordada como un fenómeno que involucra a todo un colectivo, que en su convivencia diaria, inevitablemente, afronta problemas familiares, sociales, económicos, políticos, educativos, de salud, etc. Por lo que, al igual que otros grupos aún marginados de la sociedad, las personas dedicadas a la actividad o trabajo de la prostitución deben contar con oportunidades para resolver esta multidimensional problemática. Siendo en estos casos el Estado, el responsable directo de promover el buen vivir de las trabajadoras sexuales, exigiendo, por supuesto, la activa y responsable participación de éstas.
- Las conclusiones generales a las cuales hemos llegado, se fundamentan en las siguientes aseveraciones que, a manera de conclusiones menores, se derivan de la investigación llevada a cabo:

- La mayoría de trabajadoras sexuales que participaron en nuestra investigación presentaron edades entre 20 y 24 años (35%), lo que nos indica la temprana edad en la que se inicia esta actividad. La media de edad fue de 25.96 años, con un DS de 5.53 años, una edad mínima de 18 años y una máxima de 39; además se encontraron una moda de 24 años y una mediana de 25 años.
- El bajo nivel de escolaridad en las trabajadoras sexuales, también resulta llamativo, pues la mayoría de ellas (54%) presentó una escolaridad que no supera la primaria completa.
- La mitad de encuestadas presentó el estado civil considerado como unión libre, lo que indica la dificultad de estas personas para mantener otro tipo de relación civil con su pareja.
- Se evidenció además que la mayoría de trabajadoras sexuales procede de la región Costa de nuestro país, correspondiendo por tanto un porcentaje considerablemente inferior, a quienes son originarias de otras regiones como la Sierra y el Oriente, y además de otro país como Colombia.
- La mayoría de trabajadoras sexuales (22%) tienen un ingreso mensual entre 700 y 799 USD. Siendo el menor ingreso registrado 600 USD mensuales y el máximo de 1200 USD mensuales. La media de ingresos es de 879.68 USD, con un DS de 167.87 USD
- En lo referente a la valoración de la funcionalidad familiar, esto con la utilización del instrumento técnico apropiado, se determinó que el 40% poseen una familia funcional, el 44% familias moderadamente funcionales, el 10% presentó familias disfuncionales, en tanto que el 6% presentó familias severamente disfuncionales. Es importante advertir que la funcionalidad familiar se ubicó en el 84% del total.
- La edad de las trabajadoras sexuales en nuestra investigación no se encuentra relacionada con la funcionalidad/disfuncionalidad familiar, pues así demuestran Chi cuadrado: 6.30 y un valor de  $p=0.9$
- El nivel de instrucción que posee la trabajadora sexual es una variable que no se encuentra asociada con la funcionalidad o disfuncionalidad familiar, pues Chi cuadrado: 4.55  $p=0.871$
- El estado civil, al igual que las 2 variables anteriores, no se encuentra asociado con la funcionalidad o disfuncionalidad familiar, eso lo demuestran Chi cuadrado: 5.904  $p=0.750$

- La procedencia de la trabajadora sexual no se asocia a la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia de la encuestada.
- Los ingresos económicos percibidos mensualmente por la trabajadora sexual no se relacionan con la funcionalidad o disfuncionalidad familiar.

## 17. RECOMENDACIONES

Una vez que se han establecido las conclusiones más significativas, basadas en las características demográficas, sociales y económicas de las trabajadoras sexuales y sus familias, se puede realizar las siguientes recomendaciones:

- La actividad de la prostitución debe ser considerada por el Estado como uno más de los trabajos que una mujer está dispuesta a realizar, desde luego sin perder de vista las causas que la impulsan. Solamente así la sociedad dejará de ser cómplice, con el pretexto de la estigmatización, de la eterna marginación y la injusticia en que viven las trabajadoras sexuales
- El Estado debe ofrecer al colectivo social conformado por las trabajadoras sexuales, un servicio integral de salud, de tal manera que se compadezca con las necesidades y exigencias propias de la actividad que realizan. Es decir que no deben haber limitaciones ni exclusiones que se deriven de la estigmatización injusta y ciega de la cual han sido víctimas las mujeres prostitutas.
- Las familias de las trabajadoras sexuales, al demostrar que mayoritariamente son funcionales o moderadamente funcionales, merecen una asistencia y apoyo mucho más francos y visibles por parte del sector público. Puesto que al tratarse de un colectivo aun marginado en sus derechos, sus miembros familiares tienen directas repercusiones. Nada impide que se proceda lo mismo que con otros sectores marginados de la sociedad: que la Constitución y las leyes amparan esta igualdad de derechos.
- Las investigaciones dentro del colectivo social integrado por las trabajadoras sexuales deben ser permanentes, con la finalidad de ir desechando las presunciones que se tienen acerca de su verdadera realidad. Más aun si esta investigación ha demostrado que se trata de un grupo social con alto nivel de accesibilidad y colaboración. Pues de esta manera se pueden sugerir estrategias y alternativas para la solución de algunos problemas que son propios de la actividad de la prostitución.

- Los médicos familiares, por las características propias de nuestra formación, tenemos en este colectivo social uno de los campos más propicios para cumplir con nuestra misión. Que la investigación llevada cabo nos ha permitido evidenciar, como quedó dicho anteriormente, que se trata de un grupo humano accesible y colaborador, para cualquier emprendimiento que contribuya a la solución de su problemática. Se debe tener en cuenta que en calidad de especialistas, con los conocimientos adquiridos para ofrecer una atención integral, estamos en óptimas condiciones profesionales para inmiscuirnos en esta realidad tan latente dentro de la sociedad.

## BIBLIOGRAFÍA

ACKERMAN, N. (1977). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Ed. Hormé.

ALARCO VONPERFALL, C. (1987). Diccionario de la sexualidad. Barcelona-España. Ed. 29.

ALICIA “POR MUJERES NUEVAS”. SEUDÓNIMO. (1996). Trabajo sexual y mujeres en la ciudad de Alto. Ed. Enda-Bolivia.

ARMAS, N. Y DÍAZ, L. (2007). Las Familias por dentro. Quito Ecuador. Ed. América

ARES, P. (2002). Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio. La Habana. Editorial Félix Varela; 2002.

BARRY, K. (1987). La esclavitud sexual de la mujer, Lasal, Barcelona.

BELZA, M. et al (2005). Condiciones socio-laborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

BERTALANFFY, V. (1950) Teoría general de los sistemas.

CEBRIA FRANCO, J. (1983). Sociedad y prostitución. Madrid – España. Ed. Rocsa.

CHOISY, M. (1967). Psicoanálisis de la prostitución. Ed. Horme Bs As.

DÍAZ N, MATOS J, La educación a las familias en desventaja social. Fundamentación. Dirección Municipal de educación San Antonio del Sur, Guantánamo.

DÍAZ M, Funcionamiento Familiar y realidad cubana actual.

ENGELS, F. (1979). El origen de la Familia, la propiedad privada y el estado. Buenos Aires - Argentina. Ed. Norte

FERREIRA A, Sistema de Interacción familiar, asociado a la autoestima de menores en situación de abandono moral o prostitución. Lima .Perú 2003. P 28.

GUILLÓ C. La prostitución en la comunidad autónoma de Andalucía. Instituto Andaluz de la Mujer. Sevilla 2005. Pp 61-113.

GUZMAN, O. CABALLERO, T. (2001) La prostitución un análisis en torno a su definición como un flagelo de la sociedad. Universidad de Oriente. Santiago de Cuba.

MARTÍNEZ, M. (1991). Delitos sexuales: sexualidad y derecho. México D. F. Ed. Porrúa S.A.

OSORIO, A. y ALVAREZ, A. (2004). Introducción a la salud familiar. San José, Costa Rica. Ed. CENDEISS.

ROZO, E. (2007). Las prepago, entre el dinero, la necesidad y el querer. Cúcuta. Edición: original.

SUAREZ, M. et al. (2006). Estudio psicosocial: Disfunción Familiar. Archivos de medicina general y familiar, Vol 3, Num 1.

#### **FUENTES ELECTRÓNICAS:**

<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/1118D036.pdf>

<http://www.isis.cl/.../LA%20PROSTITUCIÓN%20EN%20CONTEXTO.doc>

[http://www.elconfidencial.com/.../96\\_prostitucion\\_trabajo\\_esclavitud.html](http://www.elconfidencial.com/.../96_prostitucion_trabajo_esclavitud.html)

<http://www.nodo50.org/feminismos/IMG/pdf/prosti-comunidad-andaluza.pdf>

[http://revista.iplac.rimed.cu/index.php?option=com\\_content&task=view&id=142&Itemid=29](http://revista.iplac.rimed.cu/index.php?option=com_content&task=view&id=142&Itemid=29)

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/ferreira\\_ra/t\\_completo.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/ferreira_ra/t_completo.pdf)

<http://www.sexologia.com/index.asp?pagina=http://www.sexologia.com/culturasexual/prostitucion.htm>

*[es.wikipedia.org/wiki/Prostitución](http://es.wikipedia.org/wiki/Prostitución) -*

*[es.wikipedia.org/wiki/Sociedad](http://es.wikipedia.org/wiki/Sociedad)*

Diccionario de la lengua española © 2005 Espasa-Calpe:

## **ANEXOS**

### **Anexo 1.- Consentimiento Informado**

#### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, ....., de .... Años de edad y con CI N° ....., manifiesto que he sido informada sobre los objetivos que se pretenden alcanzar al realizar la presente investigación titulada Funcionalidad vs Disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de Profilaxis del Centro de Salud Carlos Elizalde. He sido también informada que mis datos personales así como la información que brindaré será manejada con total confidencialidad e incluidos en el historial médico respectivo.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este proyecto de investigación, a la vez que, puedo abandonarlo cuando lo desee, sin dar explicaciones y sin que mi decisión afecte mis cuidados médicos. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Nombre de la paciente:

Firma:

Fecha:

## Anexo 2.- Formulario de recolección de datos

### FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Universidad del Azuay

Facultad de Medicina

Departamento de Posgrado

Especialidad en Medicina Familiar

“FUNCIONALIDAD VERSUS DISFUNCIONALIDAD EN LAS FAMILIAS DE  
LAS TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE  
PROFILAXIS DEL CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE DE LA  
PARROQUIA BAÑOS EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE  
SEPTIEMBRE DE 2010 A FEBRERO DE 2011”

Formulario numero\_\_\_\_\_

1. Edad \_\_\_\_\_ años

2. Estado civil Soltera ( )

Casada ( )

Divorciada ( )

Unión Libre ( )

3. Instrucción Primaria Completa ( )

Primaria Incompleta ( )

Secundaria Completa ( )

Secundaria Incompleta ( )

4. Procedencia\_\_\_\_\_

5. ¿Cuánto gana en dólares Ud. en un mes?\_\_\_\_\_

6. Su familia sabe que Ud. realiza la actividad de la prostitución SI ( )

NO ( )

### Anexo 3.- Test FF-SIL

	Casi nunca  1	Pocas veces  2	A veces  3	Muchas veces  4	Casi siempre 5
1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras					

familias ante situaciones diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante de_ terminadas Situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					

14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

**CALIFICACIÓN:** De 70 a 57 puntos Familia funcional, De 56 a 43 puntos Familia moderadamente funcional De 42 a 28 puntos Familia disfuncional, De 27 a 14 puntos Familia severamente disfuncional. (Ortega *et al*, 1999).

#### Anexo 4.- Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>Funcionalidad Familiar</b>	La forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.	Puntaje obtenido en el test FF-SIL	De 70 a 57 puntos Familia funcional De 56 a 43 puntos Familia moderadamente funcional
<b>Disfuncionalidad Familiar</b>	Todos aquellos estilos de relación y funcionamiento familiar que pueden llegar a causar en alguno o todos los miembros algún tipo de síntoma o malestar psicológico asociado al modo en que el grupo o sistema familiar	Puntaje obtenido en el test FF-SIL	De 42 a 28 puntos Familia disfuncional De 27 a 14 puntos Familia severamente disfuncional

	interactúa. Es decir, por diversas causas uno o varios de sus miembros puede llegar a presentar dificultades de diversa índole y que pueden extenderse a otras áreas de sus vidas (escolar, laboral, social, etc.).		
<b>Edad</b>	Años cumplidos desde el nacimiento	Número de años desde el nacimiento.	15 - 19 años 20 - 24 años 25 - 29 años 30 - 34 años > 35 años
<b>Estado civil</b>	Situación en la que la persona está inmersa con relación a su pareja.	Tipo de Estado civil	Casada Divorciada Soltera Unión libre Casada Divorciada
<b>Grado de Instrucción</b>	Nivel de instrucción alcanzado	Nivel de Instrucción	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta
<b>Procedencia</b>	Lugar donde nació	Lugar geográfico	Lugar geográfico de donde procede.
<b>Ingresos económicos Mensuales</b>	Ingresos mensuales en dólares americanos,	Cantidad de ingresos económicos.	600 - 699 USD MENSUALES 700 - 799 USD MENSUALES 800 - 899 USD MENSUALES 900 - 999 USD MENSUALES 1000 - 1099 USD MENSUALES

	provenientes de la actividad de la prostitución.		1100 - 1199 USD MENSUALES >1199 USD MENSUALES
<b>Conocimiento familiar del tipo de trabajo.</b>	Situación durante la cual algún familiar de la trabajadora sexual conoce sobre la actividad que realiza ésta.	Conocimiento del trabajo realizado.	SI  NO

### Anexo 5.- Recursos Necesarios

RECURSOS	PRESUPUESTO
<p><b>Humanos</b></p> <p>Director del Área de Salud N° 4</p> <p>Médico del servicio de profilaxis</p> <p>Personal de enfermería</p> <p>Administradores de casas de tolerancia</p> <p>Investigadores</p> <p>Trabajadoras Sexuales</p>	
<p><b>Técnicos</b></p> <p>Computador portátil</p> <p>Retroproyector de Imágenes</p> <p>Grabadora</p> <p>Filmadora</p>	<p>100,00</p> <p>100,00</p> <p>100,00</p> <p>100,00</p>
<p><b>Materiales</b></p> <p>Copias</p> <p>Papelógrafos</p> <p>Marcadores</p> <p>Esferos</p> <p>Carpetas</p> <p>Archivadores</p> <p>Hojas</p>	<p>100,00</p> <p>20,00</p> <p>20,00</p> <p>10,00</p> <p>25,00</p> <p>10,00</p> <p>5,00</p>
<p><b>TOTAL</b></p>	<p>590,00</p>

En los recursos humanos no se verifican costos en el presupuesto, debido a que las personas que colaboraron y estuvieron implicadas, directa o indirectamente, con la investigación ejercen sus funciones en el Centro de Salud “CARLOS ELIZALDE”, lugar donde se efectuó este trabajo de investigación de campo.

## Anexo 6.- Resultados Generales

### RESULTADOS

De la tabulación de los cuestionarios de recolección de datos, así como de la aplicación de la entrevista y la posterior calificación del test se derivan los siguientes resultados:

### RESULTADOS GENERALES

#### Edad

*Tabla 1\*: Distribución de sujetos en estudio según edad. Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del Centro de Salud "Carlos Elizalde". Cuenca 2011.*

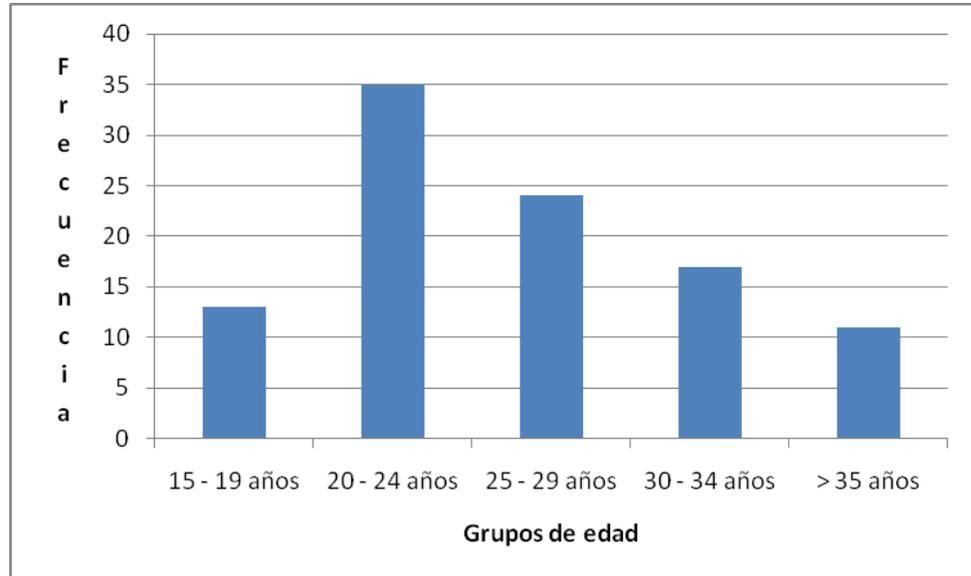
<b>GRUPOS DE EDAD</b>	<b>n=100</b>	<b>%=100</b>
15 - 19 años	13	13
20 - 24 años	35	35
25 - 29 años	24	24
30 - 34 años	17	17
> 35 años	11	11

$\bar{x} = 25.96$  años  $DS = 5.53$

*Fuente: Formulario de recolección de datos*

*Realizado por: Los autores*

*Gráfico 1. Distribución de sujetos en estudio según edad. Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del Centro de Salud “Carlos Elizalde”. Cuenca 2011.*



*Fuente: Datos de tabla 1  
Realizado por: Los autores*

**Interpretación:** Se evidencia en la tabla 1 que del total de trabajadoras sexuales incluidas en el estudio, el 35% (35) presentó edades comprendidas entre los 20 y 24 años, el 24% (24) edades comprendidas entre los 25 y 29 años, el 17% (17) entre 30 y 34 años, el 13% (13) de ellas presentó edades comprendidas entre los 15 y 19 años y el 11% (11) presentó edades que superaron los 35 años.

La media de edad fue de 25.96 años, con un DS de 5.53 años, una edad mínima de 18 años y una máxima de 39; también se determinaron una moda de 24 años y una mediana de 25 años

## Instrucción

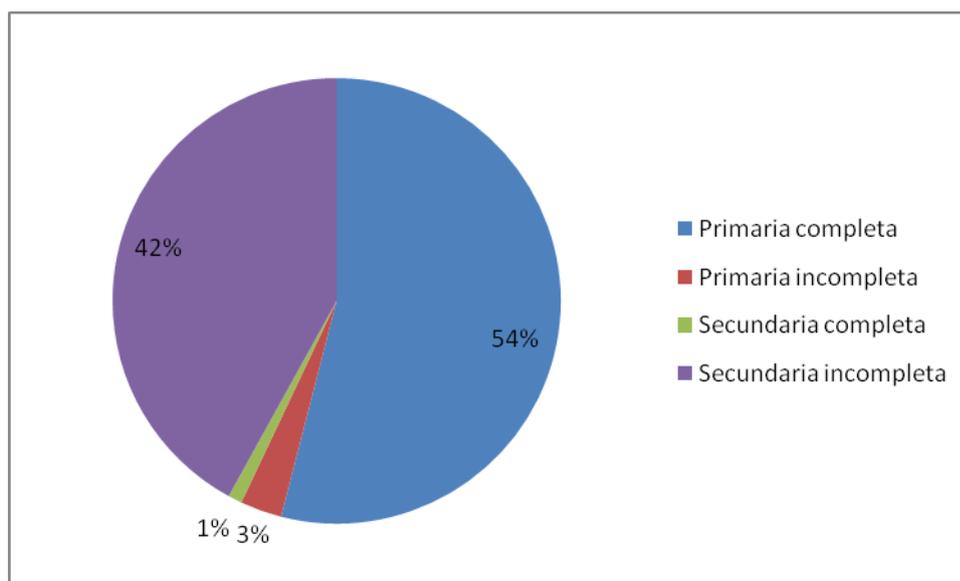
Tabla 2. Distribución de sujetos en estudio según instrucción. Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del Centro de Salud “Carlos Elizalde”. Cuenca 2011.

INSTRUCCIÓN	n=100	%=100
Primaria completa	54	54
Primaria incompleta	3	3
Secundaria completa	1	1
Secundaria incompleta	42	42

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Los autores

Gráfico 2. Distribución de sujetos en estudio según instrucción. Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del Centro de Salud “Carlos Elizalde”. Cuenca 2011.



Fuente: Datos de tabla 2

Realizado por: Los autores

**Interpretación:** Del total de trabajadoras sexuales entrevistadas se evidenció que el 54% (54) presentó un nivel de instrucción Primaria completa, el 42% (42) de Secundaria Incompleta, el 3% (3) de Primaria Incompleta, mientras que el 1% (1) de Secundaria Completa.

## Estado civil

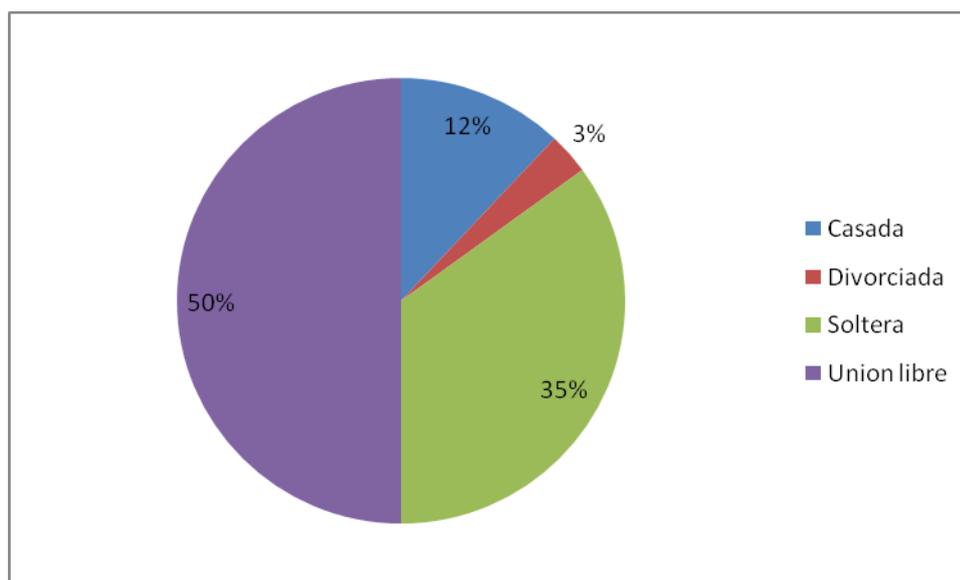
Tabla 3. Distribución de sujetos en estudio según estado civil. Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del Centro de Salud "Carlos Elizalde". Cuenca 2011.

Estado Civil	n=100	%=100
Casada	12	12
Divorciada	3	3
Soltera	35	35
Unión libre	50	50

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Los autores

Gráfico 3. Distribución de sujetos en estudio según estado civil. Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del Centro de Salud "Carlos Elizalde". Cuenca 2011.



Fuente: Datos de tabla 3

Realizado por: Los autores

**Interpretación:** Del total de trabajadoras sexuales entrevistadas se evidenció que la mitad de ellas (50) se encontraron en estado civil considerado como Unión Libre, el 35% (35) fueron solteras, el 12% (12) fueron casadas y el 3% (3) Divorciadas.

## Procedencia

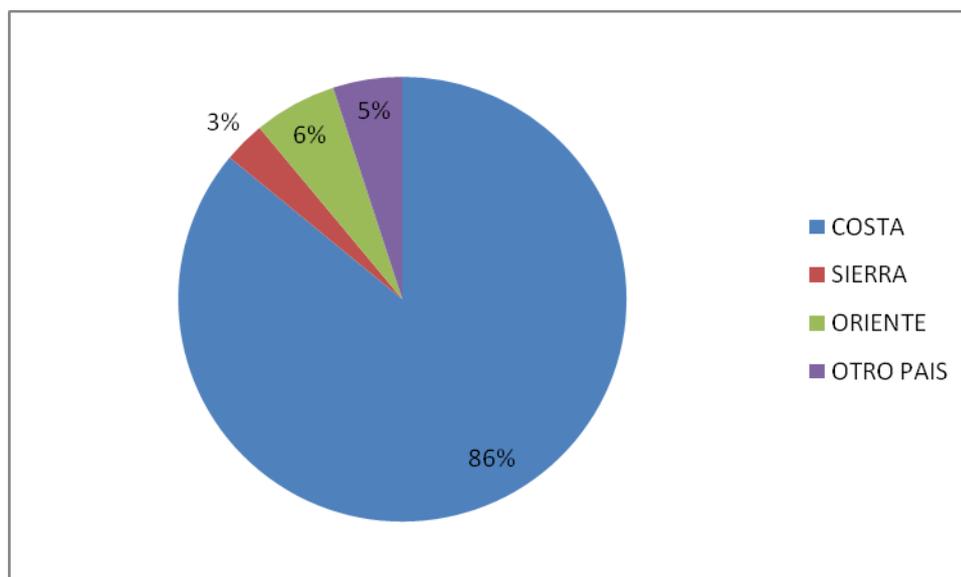
Tabla 4. Distribución de sujetos en estudio según procedencia. Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del Centro de Salud “Carlos Elizalde”. Cuenca 2011.

Procedencia	n=100	%=100
Costa	86	86
Sierra	3	3
Oriente	6	6
Otro país	5	5

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Los autores

Gráfico 4. Distribución de sujetos en estudio según procedencia. Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del Centro de Salud “Carlos Elizalde”. Cuenca 2011.



Fuente: Datos de tabla 4

Realizado por: Los autores

**Interpretación:** Del total de encuestadas se observó que el 86% (86) procede de la región costanera de nuestro país, el 6% (6) procede del oriente ecuatoriano, el 5% (5) procede de otro país, específicamente de Colombia, y el 3% del total (3) procede de la Sierra ecuatoriana.

## Ingresos económicos mensuales

Tabla 5\*. Distribución de sujetos en estudio según ingresos económicos mensuales. Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del Centro de Salud "Carlos Elizalde". Cuenca 2011.

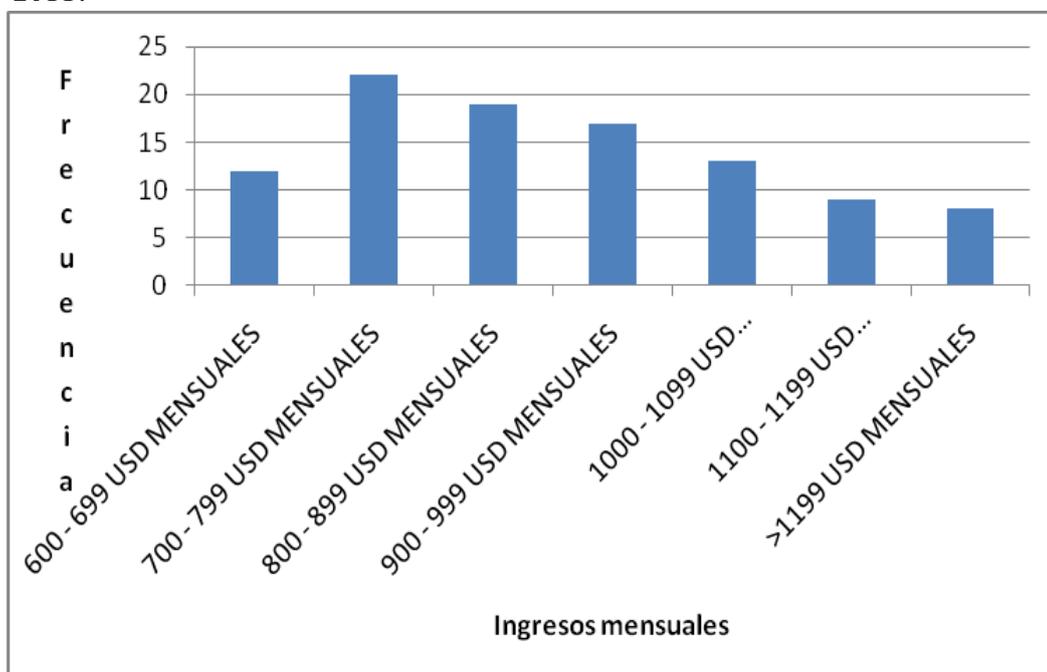
Ingreso Económico Mensual	n=100	%=100
600 - 699 usd mensuales	12	12
700 - 799 usd mensuales	22	22
800 - 899 usd mensuales	19	19
900 - 999 usd mensuales	17	17
1000 - 1099 usd mensuales	13	13
1100 - 1199 usd mensuales	9	9
>1199 usd mensuales	8	8

$\bar{x} = 879.68 \text{ USD}$   $DS = 167.87 \text{ USD}$

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Los autores

Gráfico 5. Distribución de sujetos en estudio según ingresos económicos mensuales. Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del Centro de Salud "Carlos Elizalde". Cuenca 2011.



Fuente: Datos de tabla 5

Realizado por: Los autores

**Interpretación:** Se evidenció que del 100% de trabajadoras sexuales en estudio: el 22% (22) presentó un ingreso mensual entre 700 y 799 USD mensuales, el 19% (19) presentaron ingresos mensuales entre 800 y 899 USD, el 17% (17) entre 900 y 999 USD mensuales, el 13% (13) entre 1000 y 1099 USD mensuales, el 12% (12) entre 600 y 699 USD mensuales, mientras que el 9%(9) presentaron ingresos mensuales entre 1100 y 1199 USD y el 8% (8) presentó un ingreso mensual mayor a 1199 USD. La media de ingreso mensual fue de 879.68 USD, con un DS de 167.87 USD.

### Conocimiento familiar de del tipo de trabajo.

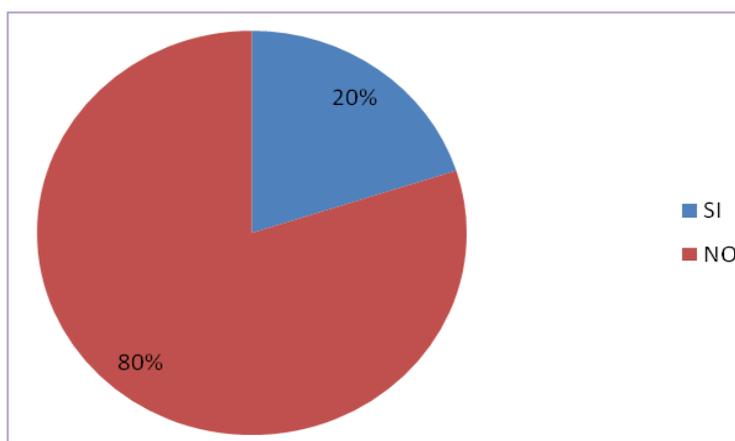
Tabla 6\*. Distribución de sujetos en estudio según conocimiento de sus familiares sobre el tipo de trabajo que realiza. Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del Centro de Salud “Carlos Elizalde”. Cuenca 2011.

Conocimiento Familiar	n=100	%=100
Si	20	20
No	80	80

*Fuente: Formulario de recolección de datos*

*Realizado por: Los autores*

*Gráfico 6. Distribución de sujetos en estudio según conocimiento de sus familiares sobre el tipo de trabajo que realiza. Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del Centro de Salud “Carlos Elizalde”. Cuenca 2011.*



*Fuente: Datos de tabla 6*

*Realizado por: Los autores*

Se evidenció que del 100% de encuestadas, el 20% (20) refirieron que sus familiares conocen sobre el tipo de trabajo que realizaban, mientras que el restante 80% (80) refirió que sus familiares desconocen sobre la actividad que realizan.

### Funcionalidad/disfuncionalidad familiar

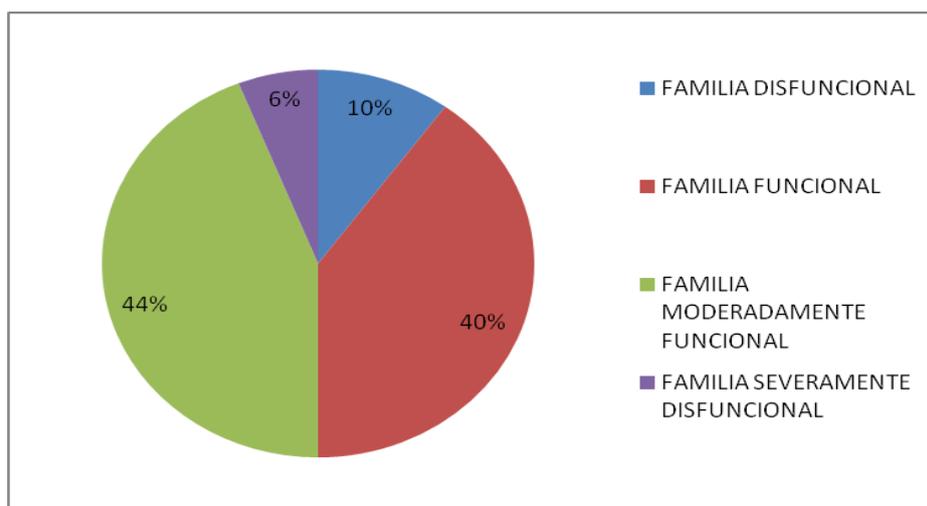
Tabla 7. Distribución de sujetos en estudio según Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al Servicio de profilaxis del Centro de Salud “Carlos Elizalde”. Cuenca 2011.

Funcionalidad/ Disfuncionalidad Familiar	n=100	%=100
Familia Disfuncional	10	10
Familia Funcional	40	40
Familia Moderadamente Funcional	44	44
Familia Severamente Disfuncional	6	6

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Los autores

Gráfico 7. Distribución de sujetos en estudio según Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del Centro de Salud “Carlos Elizalde”. Cuenca 2011.



Fuente: Datos de tabla 7

Realizado por: Los autores

**Interpretación:** Luego de evaluar los cuestionarios y la posterior calificación de los mismos, se determinó que del total de trabajadoras sexuales: el 44% (44) presentó una Familia Moderadamente Funcional, el 40% (40) presentó una Familia Funcional, el 10% (10) presentó Familia Disfuncional y solo el 6% (6) presentó Familia Severamente Disfuncional.

## RESULTADOS INFERENCIALES

### Edad y funcionalidad familiar

*Tabla 8. Distribución de sujetos en estudio según edad y Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del Centro de Salud “Carlos Elizalde”. Cuenca 2011.*

Edad*		Familia Disfuncional	Familia Funcional	Familia Moderadamente Funcional	Familia Severamente Disfuncional	Total
15 - 19 años	Frecuencia	1,0	6,0	5,0	1,0	13,0
	%	7,7	46,2	38,5	7,7	100,0
20 - 24 años	Frecuencia	4,0	15,0	14,0	2,0	35,0
	%	11,4	42,9	40,0	5,7	100,0
25 - 29 años	Frecuencia	2,0	9,0	11,0	2,0	24,0
	%	8,3	37,5	45,8	8,3	100,0
30 - 34 años	Frecuencia	2,0	4,0	11,0	0,0	17,0
	%	11,8	23,5	64,7	0,0	100,0
> 35 años	Frecuencia	1,0	6,0	3,0	1,0	11,0
	%	9,1	54,5	27,3	9,1	100,0
Total	Frecuencia	10,0	40,0	44,0	6,0	100,0
	%	10,0	40,0	44,0	6,0	100,0

\* Chi cuadrado: 6.30  $p=0.9$ ; GL: 12

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Los autores

Se evidenció que del 100% de encuestadas entre 15 y 19 años (13) el 46.2% (6) presentó una familia funcional, el 38.5% (5) una familia Moderadamente funcional, presentaron una familia severamente disfuncional y familia disfuncional un 7.7% (1) cada ítem.

Del grupo de edad comprendido entre 20 y 24 años el 42.9% (15) presentó una familia funcional, el 40% (14%) presentó una familia moderadamente funcional, el 11.4% (4) presentó una familia disfuncional, mientras que el 5.7% (2) presentó una familia severamente disfuncional.

Del grupo de entrevistadas que tenían entre 25 y 29 años de edad, el 45.8% (11) presentó una familia moderadamente funcional, el 37.5% (9) una familia funcional, y con un 8.3% (2) en cada caso, se determinaron también familias disfuncionales y severamente disfuncionales,

Del total de encuestadas que tenían edades comprendidas entre 30 y 34 años, el 64.7% (11) presentó familia moderadamente funcional, el 23.5% (4) presentó una familia funcional, el 11.8% (2) presentó familia disfuncional, mientras que no se encontró entrevistada alguna que presentara familia severamente disfuncional.

De las trabajadoras sexuales que tenían edades superiores a 35 años, el 54.5% (6) presentó una familia funcional, el 27.3% (3) presentó una familia moderadamente funcional, el 9.1% (1) presentó una familia disfuncional y con este mismo porcentaje se encontraron trabajadoras sexuales que presentaron familias severamente disfuncional

Sin embargo no se encontró asociación entre estas 2 variables; pues Chi cuadrado: 6.30, para 12 GL y un valor de  $p=0.9$  para un 95% de confianza.

## Instrucción y Funcionalidad Familiar

Tabla 9. Distribución de sujetos en estudio según instrucción y Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del Centro de Salud "Carlos Elizalde". Cuenca 2011.

Instrucción		Familia Disfuncional	Familia Funcional	Familia Moderadamente Funcional	Familia Severamente Disfuncional	Total
<b>Primaria Completa</b>	<b>Frecuencia</b>	6,0	20,0	23,0	5,0	54,0
	<b>%</b>	11,1	37,0	42,6	9,3	100,0
<b>Primaria Incompleta</b>	<b>Frecuencia</b>	0,0	1,0	2,0	0,0	3,0
	<b>%</b>	0,0	33,3	66,7	0,0	100,0
<b>Secundaria Completa</b>	<b>Frecuencia</b>	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0
	<b>%</b>	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
<b>Secundaria Incompleta</b>	<b>Frecuencia</b>	4,0	18,0	19,0	1,0	42,0
	<b>%</b>	9,5	42,9	45,2	2,4	100,0
<b>Total</b>	<b>Frecuencia</b>	10,0	40,0	44,0	6,0	100,0
	<b>%</b>	10,0	40,0	44,0	6,0	100,0

\* Chi cuadrado: 4.55  $p=0.871$ ; GL: 9

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Los autores

Al realizar el análisis de las 2 variables se evidencia que del total de personas que tienen un nivel de instrucción Primaria completa, el 42.6% (23) presentó una familia moderadamente funcional, el 37% (20) presentó una familia funcional, el 11.1% (6) presentó una familia disfuncional, y el 9.3% (5) presentó una familia severamente disfuncional.

Del total de encuestadas que refirieron poseer un nivel de instrucción Primaria incompleta, el 66.7% (2) presentó una familia moderadamente funcional, el 33.3% (1) presentó una familia funcional, y no se presentaron encuestadas con familias disfuncionales ni severamente disfuncionales en este nivel de instrucción.

Del 100% de trabajadoras sexuales que presentaron un nivel de instrucción Secundaria completa, consistente en una sola encuestada, todas presentaron familias funcionales.

De las personas que refirieron poseer un nivel de instrucción Secundaria Incompleta, el 45.2%(19) presentó una familia moderadamente funcional, el 42.9% (18) presentó familia funcional, el 9.5% (4) presentó una familia disfuncional, en tanto que el 2.4% (1) restante presentó una familia severamente disfuncional.

Al obtener Chi cuadrado se evidencia que no existe relación entre estas 2 variables, y el valor de  $p=0.871$ .

### Estado civil y funcionalidad familiar

*Tabla 10. Distribución de sujetos en estudio según estado civil y Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del Centro de Salud “Carlos Elizalde”. Cuenca 2011.*

Estado Civil*		Familia Disfuncional	Familia Funcional	Familia Moderadamente Funcional	Familia Severamente Disfuncional	Total
<b>Casada</b>	<b>Frecuencia</b>	1,0	6,0	5,0	0,0	12,0
	<b>%</b>	8,3	50,0	41,7	0,0	100,0
<b>Divorciada</b>	<b>Frecuencia</b>	0,0	2,0	1,0	0,0	3,0
	<b>%</b>	0,0	66,7	33,3	0,0	100,0
<b>Soltera</b>	<b>Frecuencia</b>	5,0	16,0	12,0	2,0	35,0
	<b>%</b>	14,3	45,7	34,3	5,7	100,0
<b>Unión libre</b>	<b>Frecuencia</b>	4,0	16,0	26,0	4,0	50,0
	<b>%</b>	8,0	32,0	52,0	8,0	100,0
<b>Total</b>	<b>Frecuencia</b>	10,0	40,0	44,0	6,0	100,0
	<b>%</b>	10,0	40,0	44,0	6,0	100,0

\* Chi cuadrado: 5.904  $p=0.750$ ; GL: 9

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Los autores

Del total de trabajadoras sexuales casadas (12), el 50% (6) presentó familia funcional, el 41.7% (5) presentó familia moderadamente funcional, el 8.3% (1) presentó familia disfuncional, y no se presentaron encuestadas con familia severamente disfuncional.

Del total de encuestadas divorciadas (3), el 66.7% (2) presentó una familia funcional, el 33.3% (1) presentó familia moderadamente funcional, y no se reportaron los otros tipos de familias.

Del total de encuestadas solteras (35), el 45.7% (16) presentó familia funcional, el 34.3% (12) presentó familia moderadamente funcional, el 14.3% (5) presentó familia disfuncional y el 5.7% (2) presentó familia severamente disfuncional.

Del total de encuestadas que se encuentran en unión libre: el 52% (26) presentó una familia moderadamente funcional, el 32% (16) presentó familia funcional, el 8% (4) familia disfuncional y con igual porcentaje presentaron familia severamente disfuncional.

Estas 2 variables no se encuentran asociadas,  $p=0.750$

## Procedencia y funcionalidad familiar

Tabla 11\*. Distribución de trabajadoras sexuales según procedencia y Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del Centro de Salud “Carlos Elizalde”. Cuenca 2011.

Procedencia		Familia Disfuncional	Familia Funcional	Familia Moderadamente Funcional	Familia Severamente Disfuncional	Total
<b>Costa</b>	<b>Frecuencia</b>	9	34	38	5	86
	<b>%</b>	10	40	44	6	100
<b>Sierra</b>	<b>Frecuencia</b>	0	2	1	0	3
	<b>%</b>	0	67	33	0	100
<b>Oriente</b>	<b>Frecuencia</b>	0	3	2	1	6
	<b>%</b>	0	50	33	17	100
<b>Otro país (Colombia)</b>	<b>Frecuencia</b>	1	1	3	0	5
	<b>%</b>	20	20	60	0	100
<b>Total</b>	<b>Frecuencia</b>	10	40	44	6	100
	<b>%</b>	10	40	44	6	100

\* Chi cuadrado: 4.754 p=0.855; GL: 9

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Los autores

Del total de trabajadoras sexuales procedentes de la Costa (86): el 44% (38) poseen familias moderadamente funcionales, el 40% (34) familia funcional, el 10% (9) familia disfuncional y el 6% (5) presentó familia severamente disfuncional.

De las trabajadoras sexuales provenientes de la Sierra ecuatoriana: el 67% (2) poseen familias funcionales y el 33% (1) restante posee familias moderadamente funcionales.

Del total de trabajadoras sexuales que proceden del oriente ecuatoriano: el 50% (3) presentó familias funcionales, el 33% (2) posee familias moderadamente funcionales y el 17% (1) presentó familia severamente disfuncional.

Del total de personas que proceden del otro país, específicamente Colombia: el 60% (3) posee familias moderadamente funcional, el 20% (1) posee familias disfuncionales y con igual porcentaje se encuentran las trabajadoras sexuales que poseen familias funcionales.

No se encuentra asociación ni significancia estadística entre las 2 variables en estudio.

### Ingresos económicos y funcionalidad familiar

Tabla 12. Distribución de sujetos en estudio según ingresos económicos y Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del Centro de Salud “Carlos Elizalde”. Cuenca 2011.

Ingresos Mensuales*		Familia Disfuncional	Familia Funcional	Familia Moderadamente Funcional	Familia Severamente Disfuncional	Total
<b>600 - 699 usd Mensuales</b>	<b>Frecuencia</b>	2,0	2,0	8,0	0,0	12,0
	<b>%</b>	16,7	16,7	66,7	0,0	100,0
<b>700 - 799 usd Mensuales</b>	<b>Frecuencia</b>	1,0	10,0	10,0	1,0	22,0
	<b>%</b>	4,5	45,5	45,5	4,5	100,0
<b>800 - 899 usd Mensuales</b>	<b>Frecuencia</b>	2,0	8,0	6,0	3,0	19,0
	<b>%</b>	10,5	42,1	31,6	15,8	100,0
<b>900 - 999 usd Mensuales</b>	<b>Frecuencia</b>	0,0	8,0	7,0	2,0	17,0
	<b>%</b>	0,0	47,1	41,2	11,8	100,0
<b>1000 - 1099 usd Mensuales</b>	<b>Frecuencia</b>	5,0	4,0	4,0	0,0	13,0
	<b>%</b>	38,5	30,8	30,8	0,0	100,0
<b>1100 - 1199 usd Mensuales</b>	<b>Frecuencia</b>	0,0	4,0	5,0	0,0	9,0
	<b>%</b>	0,0	44,4	55,6	0,0	100,0
<b>&gt;1199 usd Mensuales</b>	<b>Frecuencia</b>	0,0	4,0	4,0	0,0	8,0
	<b>%</b>	0,0	50,0	50,0	0,0	100,0
<b>Total</b>	<b>Frecuencia</b>	10,0	40,0	44,0	6,0	100,0
	<b>%</b>	10,0	40,0	44,0	6,0	100,0

\* Chi cuadrado: 27.21 p=0.075; GL: 18

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Los autores

Se evidenció que del total de encuestadas que poseen ingresos entre 600-699 USD mensuales (12): el 66.7% (8) presenta una familia moderadamente funcional, el 16.7% (2) presentó familia disfuncional, con igual porcentaje presentaron familia funcional y no se registraron trabajadoras sexuales con familia severamente disfuncional.

Del total de trabajadoras sexuales que presentan ingresos mensuales entre 700 y 799 USD (22): el 45.5% (10) presentaron una familia funcional, con igual porcentaje presentaron familia moderadamente funcional, el 4.5% (1) presentó familia disfuncional y con igual porcentaje familia severamente disfuncional.

Del total de personas encuestadas que refirieron que sus ingresos económicos mensuales son de 800 a 899 USD: el 42.1% (8) presentó familia funcional, el 31.6% (6) presentó familia moderadamente funcional, el 15.8% (3) familia severamente disfuncional y el 10.5% presentó familia disfuncional.

Del total de encuestadas que presentan ingresos mensuales entre 900 y 999 USD: el 47.1% (8) presentó familia funcional, el 41.2% (7) familia moderadamente funcional, el 11.8% (2) familia severamente disfuncional y no se registraron trabajadoras sexuales con familias disfuncionales.

Del 100% de encuestadas que refirieron poseer ingresos mensuales entre 1000 y 1099 USD: el 38.5% (5) presentó familia disfuncional, el 30.8% (4) presentaron familias funcionales, con igual porcentaje presentaron familias moderadamente funcionales y no se reportaron familias severamente disfuncionales.

En el rango de ingresos entre 1100 y 1199, se evidencia que del total: el 55.6% (5) presentaron familias moderadamente funcionales, el 44.4% (4) presentaron familias funcionales, y no se registraron familias severamente disfuncionales ni disfuncionales.

En el rango de mayores ingresos económicos mensuales es decir > 1199 USD, se evidenció que la mitad de encuestadas (4) presentaron familias funcionales y las demás familias moderadamente funcionales.

Al realizar el análisis bivariado se evidenció que las variables no registran asociación; pues Chi cuadrado: 27.214 GL: 18, con un valor de  $p=0.07$ .

### Conocimiento familiar sobre el tipo de trabajo y funcionalidad familiar.

Tabla 13. Distribución de sujetos en estudio según conocimiento familiar del tipo de trabajo y Funcionalidad versus disfuncionalidad en las familias de las trabajadoras sexuales que acuden al servicio de profilaxis del Centro de Salud Carlos Elizalde. Cuenca 2011.

Conoce mi Familia mi Trabajo		Familia Disfuncional	Familia Funcional	Familia Moderadamente Funcional	Familia Severamente Disfuncional	Total
<b>SI</b>	<b>Frecuencia</b>	2	10	6	2	20
	<b>%</b>	10	50	30	10	100
<b>NO</b>	<b>Frecuencia</b>	8	30	38	4	80
	<b>%</b>	10	37,5	47,5	5	100
<b>Total</b>	<b>Frecuencia</b>	10	40	44	6	100
	<b>%</b>	10	40	44	6	100

\* Chi cuadrado: 2.40  $p=0.493$ ; GL: 3

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Los autores

Se evidenció que del total de trabajadoras sexuales que refirieron que sus familias si conocían sobre el tipo de trabajo que realizaban (20): el 50% (10) poseen familias funcionales, el 30% (6) poseen familias moderadamente funcionales, el 10% (2) poseen familias disfuncionales y con el mismo porcentaje poseen familias severamente disfuncionales.

Del 100% de trabajadoras sexuales que refirieron que sus familiares no conocen sobre la actividad que realizaban (80): el 47.5% (38) poseen familias moderadamente funcionales, el 37.5% (30) poseen familias funcionales, el 10% (8) poseen familias disfuncionales y el 5% (4) restante posee familias severamente disfuncionales.

## **Anexo 7.- Constitución Política del Ecuador**

### **LA PROSTITUCIÓN EN LA CONSTITUCIÓN**

#### **CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER**

##### **ARTÍCULO 6**

Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para suprimir todas las formas de trata de mujeres y explotación de la prostitución de la mujer.

86. Los artículos 50 y 23, numeral 2 de la Constitución contemplan la protección del Estado a los niños y adolescentes contra el tráfico de menores, prostitución, pornografía, explotación sexual, etc.

87. En el Código Penal cuando trata de los delitos sexuales, incorpora un capítulo sobre “la corrupción de menores, de los rufianes y de los ultrajes públicos a las buenas costumbres”. Vale señalar que en 1.998, a través de una resolución del Tribunal Constitucional, se suspendió los efectos de los artículos del Código Penal que tipificaban y sancionaban la homosexualidad como delito (Artículos 521, 522, 523, 525 y 526 del Código Penal).

88. De los artículos citados, se deduce que está prohibida la prostitución. Sin embargo, esta misma legislación de manera velada reconoce su existencia al decir que tendrá sanción quien la promueva “si no fuere director de una casa de tolerancia establecida conforme a los reglamentos que la autoridad expidiere para esta clase de casas”.

89. Con relación al porcentaje de mujeres infectadas por el VIH/SIDA, de los casos notificados entre mujeres trabajadoras sexuales y mujeres no trabajadoras sexuales, es de 1 a 1. De igual manera, las edades de los casos reportados parecen coincidir en señalar que el primer sector oscila en un promedio que va de los 18 a los 23 años, y el segundo, 22 a 27 años. Los riesgos de contagio se presentan tanto en la relación con los clientes como con sus parejas.

90. En el Ecuador el porcentaje de infectados del VIH/SIDA, en 1998 era de 1 infectado por cada 6.000 habitantes a nivel nacional. En algunos lugares, (Provincia de El Oro, por ejemplo) se estima que el número de infectados se duplica cada 3 años. La relación hombre/mujer es de 7 a 1, de acuerdo a los casos notificados (año 1994), calculándose para el 2.000 que la relación será de 1 a 1.

91. Entre 1984 y 1998 se registraron 1850 casos en total, de los cuales 921 son casos de SIDA y 929 personas infectadas. Según factor de riesgo se registra en primer lugar los heterosexuales, en forma subsiguiente los homosexuales, bisexuales, desconocidos y en último lugar la prostitución. Las provincias de mayor incidencia de casos de SIDA y personas infectadas con VIH son: Guayas, Pichincha, Manabí, Azuay, El Oro, Los Ríos.

92. No existen investigaciones en el período 1990-1998 sobre abuso sexual y prostitución infantil. En Junio de 1996 un Comité Interinstitucional (UNICEF, OPS, DNI Ecuador, Fundación Chicos de la Calle) elaboró una propuesta de acción y prevención de la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes, hombres y mujeres que no se llevó a cabo por falta de recursos económicos.

93. Las investigaciones sobre la realidad de las mujeres que ejercen la prostitución son insuficientes. Se estima que el trabajo sexual cada día aumenta, inclusive en menores de edad, pese a medidas apoyadas desde distintas instancias públicas y privadas, entre ellas: el Ministerio de Salud y de Bienestar Social, con el fomento de intervenciones de control profiláctico y atención a trabajadoras sexuales en centros de apoyo asistidos por organizaciones no gubernamentales.

94. Aproximadamente el 33% del total de mujeres trabajadoras sexuales son sometidas a control profiláctico por parte del Ministerio de Salud Pública. Este control periódico consiste en un examen ginecológico y pruebas de ITS/SIDA, lo que de alguna manera garantiza su salud.

95. A partir de 1998 funciona un Proyecto de “Prevención del VIH/SIDA entre Trabajadoras Sexuales”, en el que participan instituciones como, FEDAEPS, Fundación Esperanza, Ministerio de Bienestar Social, Dirección de comunicación del Ministerio de Salud Pública, Asociación por el Bienestar de la Mujer Libre (Santo Domingo de Los Colorados), Asociación Primero de Agosto (Guayas), Asociación de Mujeres Autónomas 22 de Junio (Machala), Asociación pro Defensa de la Mujer (Quito).

96. Por iniciativa de las Feministas por la Autonomía, se creó el Primer Tribunal de las Mujeres por los Derechos Sexuales, para analizar las violaciones a estos derechos y sentar precedentes para su exigibilidad y vigencia ante los organismos competentes. El objetivo de este Tribunal es apoyar la construcción de prácticas democráticas a través de la incorporación de los derechos sexuales en el ejercicio de la ciudadanía de mujeres y niñas del Ecuador.

97. Para la elaboración del Plan Nacional de Derechos Humanos en 1998, tanto homosexuales como grupos de travestis elaboraron un capítulo destinado a eliminar las trabas que aún existen para que sean respetados como seres humanos, frente a la represión policial y a la condena social. Múltiples organizaciones de homosexuales participan en programas dirigidos a mejorar sus condiciones de vida y a exigir medidas desde el Estado frente a problemas sociales como el SIDA.

98. Es necesario reconocer que uno de los principales problemas a los que se enfrenta el Estado es el económico. En consecuencia, no se ha podido ejecutar programas sistemáticos y estructurados de información y educación dirigidos a este grupo de la población, especialmente con enfoque de género. Los programas de prevención concebidos para las trabajadoras del sexo generalmente se limitan a la entrega de condones.

99. En el país existen instituciones de protección, dependientes del Ministerio de Bienestar Social, pero estas son insuficientes frente a la problemática de la prostitución y explotación sexual infantil. El Instituto Profesional Femenino Buen Pastor, del Distrito Metropolitano de Quito, protege a niñas y adolescentes. En el año 1998 atendió a la siguiente población:

- 20 niñas en estado de gestación y/o con niños.
- 33 niñas consumidoras de inhalantes, pastillas o pasta de cocaína, de este grupo un 10% se las podría catalogar como consumidoras habituales.
- 66 niñas consumidoras de alcohol, de ellas el 50% alcohólicas.
- 18 niñas víctimas de violación; y,
- 40 niñas víctimas de acoso sexual.

100. Vale señalar que no existen datos sobre la prostitución ejercida por homosexuales o travestis, quienes después de la eliminación de la norma penal que consideraba a la homosexualidad como un delito, han empezado a mostrarse públicamente en organizaciones que defienden sus derechos como minorías sexuales, actualmente denominadas de “orientación e identidad sexuales”.

101. El 15% del total de trabajadoras sexuales ecuatorianas están organizadas en Asociaciones. En lo substancial, sus acciones, demandas y planteamientos se remiten a la lucha por sus derechos como seres humanos, apoyo mutuo, solidaridad como mujeres, etc.

102. La existencia de redes formales y no formales que trabajan en servicios de apoyo a las trabajadoras sexuales, tanto en el ámbito nacional como provincial, garantizan el respecto de sus derechos. Los proyectos de reinserción a trabajos dignos, que aún cuando tienen poco impacto en cobertura, permiten a las mujeres que se han beneficiado de estos programas, recuperar su autoestima y autonomía económica.

103. En diciembre de 1997 se creó la Dirección Nacional de Policía Especializada para niños, niñas y adolescentes DINAPEN, instancia de carácter técnico administrativa, destinada a realizar acciones y operaciones policiales de prevención, intervención e investigación de situaciones de riesgo o violación de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

104. En febrero de 1998, la Dirección General de Educación de la Policía Nacional, DNI-Ecuador y Råda Barnen de Suecia, con la colaboración del Instituto Nacional del Niño y la Familia –INNFA- y UNICEF, realizaron un programa de capacitación para la Policía Nacional del Ecuador en aspectos sociales, derechos y legislación de los niños, niñas y adolescentes ecuatorianos. Uno de los ejes temáticos ha sido la explotación sexual.