



2007 — Año Europeo de la Igualdad de Oportunidades para Todos



Unión Europea
Fondo Social Europeo



Catálogo general de publicaciones oficiales
<http://publicaciones.administracion.es>
Coordinación: Programa de Salud y Servicios Sociales
Subdirección General de Programas
Autoras: Emilia Endevin i Lagar
Miriam Soliva Bernardo
Diseño: PardeDÓS
Ilustradora: Carmen Saéz Díaz
Imprime: Impresión Digital Da Vinci, S.A.
NIPO: 207-07-028-0
Depósito Legal: M-7442-2007
Primera reimpresión

LA SALUD EN LAS MUJERES INMIGRANTES

I. INTRODUCCIÓN

En España, a lo largo de los últimos años, se ha producido una **feminización de la inmigración**, representando, actualmente, las mujeres casi la mitad de la población inmigrante.

Procedentes de ámbitos geográficos y culturales diversos y con experiencias vitales diferentes, necesitamos conocer sus necesidades específicas respecto a la salud.

Entendemos **la salud** como **bienestar físico, psíquico y social** y no solamente como ausencia de enfermedad, de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud. Está relacionada con múltiples factores como el trabajo, la vivienda, la alimentación, así como con nuestras experiencias, las relaciones que establecemos con otras personas (familia, pareja, hijos e hijas, amistades...) y con lo que pensamos y sentimos acerca de nosotras mismas.



En esta guía, trataremos de hacer visibles aquellos factores que inciden en la salud teniendo en cuenta el proceso migratorio y el hecho de ser mujer. Así, abordaremos las representaciones sociales sobre la salud y sobre la migración, los roles que desempeñamos por ser mujeres, la historia personal construida a partir de los condicionantes de género.

Estarán presentes nuestras experiencias y vivencias respecto a las relaciones de pareja, la sexualidad, la maternidad, las relaciones familiares, sociales, laborales,... así como las repercusiones físicas y emocionales debidas a los cambios e interacciones que se producen durante el proceso migratorio siendo mujer.

Esta guía está dirigida a las mujeres inmigrantes. Su lectura puede servirte para entender mejor tus experiencias y sentimientos, reflexionar sobre la importancia que tiene el cuidar de la salud, encontrar algunas claves sobre las causas del malestar de muchas mujeres inmigrantes, así como recursos dónde encontrar información y apoyo en caso de que lo necesites.



II. MUJERES INMIGRANTES

Los motivos que nos llevaron a emigrar son diversos: Muchas de nosotras emigramos para trabajar y enviar dinero a nuestras familias, de ese modo pretendemos asegurar su subsistencia y mayores oportunidades para nuestros hijos e hijas. Algunas decidimos dar este paso por tener expectativas personales de mejorar económicamente o completar nuestros estudios. En otros casos, huimos de situaciones de conflicto armado, de represión política o de crisis económica.

También, emigramos algunas mujeres con estudios y sin responsabilidades domésticas que decidimos evitar el control social que se impone en nuestros países de origen y de la falta de oportunidades buscando mejoras educativas, sociales y salariales.

En algunos casos, hemos llegado a España mediante la reagrupación familiar, pero en muchos otros ha sido (especialmente para las mujeres latinoamericanas) a través de



la **cadena migratoria** que se establece entre mujeres que mantienen lazos familiares o de amistad. Creamos redes de apoyo enviando dinero para el pasaje, facilitando la búsqueda de trabajo o compartiendo alojamiento y gastos.

Por tanto, podemos decir que aunque durante mucho tiempo se consideró que las mujeres veníamos para seguir los pasos de un hombre que había iniciado el proceso migratorio, en la actualidad, la mayoría comenzamos un proyecto migratorio propio ó bien compartido con nuestras parejas o familiares.

Tenemos una **procedencia geográfica y cultural** diferente, por lo que describiremos algunos de los rasgos que pueden ayudar a conocernos mejor:

Las mujeres latinoamericanas constituimos el grupo más numeroso, si bien, dentro de éste presentamos muchas diferencias. Nuestra diversidad cultural también se refleja cuando procedemos de la costa o del interior, de ámbitos rurales o urbanos.



Actualmente, venimos mayoritariamente de: Ecuador, Colombia, Perú, Bolivia y República Dominicana. Llegamos con el deseo de mejorar nuestra situación económica y la de los familiares que hemos dejado en nuestro país. El compartir algunas características culturales como el idioma o la religión han favorecido nuestra decisión de emigrar a España.

Unas venimos en pareja, pero otras iniciamos este proceso solas, bien porque estábamos solteras, separadas o éramos las cabezas de familia.

La mayoría trabajamos en el servicio doméstico- cuidando a personas mayores o a niños y niñas-, otras en la hostelería, en la agricultura, en pequeños negocios creados por compatriotas (peluquerías, locutorios, restaurantes...) o, si llevamos tiempo en el país, por nosotras mismas. En algunos casos, hemos podido establecernos de manera profesional en España.

Esta situación es diferente para las mujeres que venimos de Uruguay, Chile o Argentina, ya que comenzamos a emigrar a



España a principios de la década de los setenta para escapar de las dictaduras y en el caso de Argentina, de la reciente crisis económica vivida en el país.

Las mujeres magrebíes comenzamos a venir a España al inicio de la década de los años 70, éramos mujeres procedentes del ámbito rural que llegábamos con la intención de reagruparnos con nuestras parejas o trabajar en el servicio doméstico como internas.

Las dificultades idiomáticas y culturales condicionaron que nuestro primer contacto con la sociedad española se realizase, en muchas ocasiones, a través de nuestros esposos, hijos e hijas.

Desde los años noventa, la situación ha cambiado y hemos empezado a emigrar más mujeres solas y jóvenes procedentes de zonas urbanas, con ideas más independientes y que aspiramos a poder contar con mayores oportunidades.



Las mujeres subsaharianas procedemos mayoritariamente de Guinea Ecuatorial, Nigeria, Senegal, Gambia, Cabo Verde, Camerún, Mauritania...

Pertenecemos a etnias y religiones diversas, aunque entre nosotras predominan las creencias musulmanas algunas practicamos otras religiones cristianas o animistas heredadas de las prácticas y cultos locales.

La mayoría somos mujeres jóvenes que trabajamos en el servicio doméstico, hostelería, comercio, cuidando a personas mayores. Algunas iniciamos nuestro proyecto migratorio con el propósito de escapar de la represión política, la guerra o para sacar a nuestras familias de la penuria económica y el hambre y, en algunos casos, para completar nuestra formación.

Las **Mujeres de Europa del este** venimos mayoritariamente de Rumania, Bulgaria, Rusia y de Polonia. Emigramos huyendo de la crisis económica y el desempleo vivido a partir del cambio del régimen político. Comenzamos a llegar a España a finales de los años 80, hemos inmigrado junto con nuestra



pareja, pero también en algunos casos hemos venido posteriormente a la llegada de nuestro compañero.

Aunque, en mayor medida que otros colectivos de inmigrantes podemos contar con estudios medios y superiores trabajamos en el servicio doméstico y otras ocupaciones de menor cualificación a las que realizábamos antes de emigrar.

A pesar de las diferencias, al **emigrar** todas hemos dejado nuestro lugar de origen y a las personas queridas para desarrollar nuestras vidas en otro país y en otra cultura.

Este hecho nos hará compartir situaciones comunes, si bien incidirán de manera singular en cada una de nosotras, dependiendo de los roles que como mujeres hemos interiorizado y de nuestra historia personal y vivencias.



III. IMAGEN SOCIAL DE LA INMIGRACIÓN

Las imágenes sociales influyen en la manera de pensar, sentir y actuar. Los medios de comunicación crean estereotipos sobre las mujeres inmigrantes y éstas imágenes contribuyen a mantener situaciones de discriminación y a legitimar privilegios individuales o colectivos hacia nosotras.

Sobre las **mujeres latinoamericanas** se han creado imágenes estereotipadas, fundamentalmente a través de las telenovelas y la publicidad. Así, la publicidad, muestra de forma reiterada paisajes tropicales de países como Republica Dominicana, Brasil, Cuba, Venezuela o Colombia en los cuales las mujeres son representadas como objetos sexuales.

Estas imágenes pueden transmitir falsas ideas sobre las mujeres latinas como sexualmente activas y complacientes hacia los hombres, cuando en realidad responden a las fantasías eróticas fomentadas desde un modelo masculino tradicional. Así, en ocasiones, podremos sentirnos decepcionadas



al descubrir que algunos hombres españoles actúan en sus relaciones con nosotras conforme a estos estereotipos.

Respecto a las **mujeres magrebíes** puede existir una imagen social que nos muestre como “mujer víctima del Islam” más que como mujer en si misma. El componente religioso prima en la percepción social debido a la contraposición que, se hace entre cultura occidental y musulmana. Estas diferencias culturales, pueden considerarse como negativas y estigmatizarnos a las mujeres musulmanas viéndonos fundamentalmente como subordinadas a la “opresión religiosa”.

Sin embargo, hay que romper con la idea de que las mujeres magrebíes constituimos un grupo homogéneo, ya que si tenemos en cuenta nuestra diversidad, los proyectos migratorios que vamos a desarrollar y las experiencias van a ser muy distintas.

Podemos ser mujeres que emigramos como consecuencia de la reagrupación familiar iniciada por el marido o por familiares directos, pero también, ser mujeres emprendedoras, jóvenes y



solteras, divorciadas o viudas y, en todo caso, las expectativas hacia la emigración son distintas para cada una.

Las **mujeres de origen subsahariano** pueden ser representadas desde una perspectiva eurocentrista y prepotente. Aún cuando algunas han terminado sus estudios medios, o superiores los mitos pueden transmitir que provienen de una cultura tribal, olvidándose con ello, de la diversidad y riqueza de estas culturas y de que la gente de estos países africanos no comparte las mismas características en todas sus zonas.

En contraposición a estas imágenes la realidad nos dice que las mujeres inmigrantes **representamos un colectivo muy heterogéneo** del que no puede establecerse un perfil determinado.

Somos mujeres que queremos tener y, de hecho tenemos, un mayor protagonismo en la sociedad, un papel activo en las transformaciones culturales, que queremos aprender, intercambiar y crear nuevas formas de relacionarnos y convivir y representamos la diversidad y pluralidad de identidades de la sociedad actual.



IV. LAS MUJERES INMIGRANTES Y EL PROCESO MIGRATORIO

Llamamos **género** al conjunto de actitudes, roles, comportamientos y valores de los hombres y de las mujeres que no dependen de las diferencias biológicas entre los sexos, sino de las pautas culturales que hemos adquirido, interiorizado y reproducido a través de la socialización.

En los primeros años, nuestras experiencias están mediadas por otras personas. El mundo que se percibe es aquel que nos muestran quienes nos rodean y la imagen que construimos de nosotras mismas dependerá de la visión y los mensajes que nos transmiten las personas más cercanas.

La **socialización** es un proceso complejo, que incluye cómo se relacionan entre sí y con nosotras quienes pertenecen a nuestro entorno, las identificaciones con personas significativas y los aprendizajes que desarrollamos, que va a tener una



importante influencia en la construcción de nuestra **identidad** femenina o masculina.

La identidad se conforma en el contexto en el que vivimos. Cada sociedad tiene representaciones de lo que significa ser mujer y hombre. En los cambios en nuestra identidad nos influirán no sólo los condicionantes de la inmigración, sino el encuentro con otra cultura en la que los modelos de hombres y mujeres y las relaciones que se establecen entre ambos pueden variar respecto a la sociedad de origen.

Por tanto, al abordar el **proceso migratorio**, hemos de tener en cuenta que nuestra experiencia vital estará mediatizada por el hecho de **ser inmigrantes**. La situación específica de la migración nos expone a tener dificultades añadidas para disfrutar de nuestros derechos, así como invertir una energía psíquica considerable para acomodar nuestras experiencias previas al funcionamiento de la sociedad de acogida y a otro tipo de cambios como los producidos en nuestras relaciones personales.



Además, como **mujeres inmigrantes** podemos sentir nuevas exigencias y expectativas con respecto a la maternidad, las relaciones de pareja, sexualidad, el trabajo...

En ocasiones, el encuentro con otras sociedades y situaciones nos llevará a revisar algunas ideas de los **modelos ideales de feminidad y masculinidad** que aprendimos en nuestros países de origen que incidirán en nuestros deseos y expectativas actuales, así como en aspectos fundamentales de nuestras vidas.

Si bien, ante el proceso migratorio y dependiendo de nuestra forma de ser y de las experiencias que hayamos vivido previamente, podemos reaccionar de diversas maneras:

Rechazando nuestra cultura de origen, marginando nuestras costumbres, nuestro pasado y adoptando como propios los elementos culturales de la sociedad de acogida. Puede suceder que, a veces, evitemos el relacionarnos con gente de nuestro país y tan sólo mantengamos contacto con personas autóctonas, o bien de otras nacionalidades. Esta



postura repercutirá negativamente en nuestra salud, ya que el rechazo de la cultura de origen puede generarnos demasiada ansiedad.

También, es posible sentir **rechazo al cambio**, a la nueva situación y hacia aquellas cosas que puede aportar esta sociedad, aferrándonos a las costumbres y a los valores en los que nos socializamos. Mantener relaciones personales únicamente con personas de nuestro país, nos puede llevar, en muchos casos, al aislamiento.

Sin embargo, por experiencia sabemos que es más saludable un **proceso de cambio** en el que tratemos de *no perder nuestras raíces y nuestra cultura de origen, sino darle un nuevo significado.*

También, conviene conocer que **nuestra vivencia de la inmigración** va a depender de muchos factores. No sólo hemos de tener en cuenta los motivos que nos impulsaron a emigrar y nuestra situación previa en el país del que procedemos, si no nuestras expectativas, la recepción que tuvimos



en España, las barreras culturales e idiomáticas o si contamos con redes de apoyo.

También hemos de contemplar nuestra formación y el tipo de trabajo que desarrollamos, la forma en la que enfrentamos la separación y el duelo de nuestra familia y amistades y cómo gestionamos los cambios que puedan producirse en nuestra relaciones afectivas con nuestras parejas, hijos e hijas...etc.



V. REPRESENTACIONES Y VIVENCIAS DE LA SALUD

Aunque pensemos que nuestra salud es importante, sin embargo, debido a las presiones y dificultades que experimentamos, podemos postergar el cuidarnos y convertirlo en algo secundario o bien el que sólo nos preocupe porque es necesaria para trabajar.

Nuestras ideas sobre la salud y las prácticas que desarrollamos para cuidarnos dependen no solo de las dificultades actuales de acceso al sistema sanitario, sino del **significado y valoración que tenía la salud para nosotras** anteriormente.

Para algunas el preocuparnos por nuestra salud supone el adoptar o mantener prácticas de prevención, acudir con regularidad a las revisiones y el autocuidarnos, mientras que para otras las prácticas tradicionales, la religión o la moral tienen mucha influencia en la forma de atender al cuidado



de nuestra propia salud. En cualquier caso, es importante que conozcamos los **hábitos y recursos** de esta sociedad que pueden favorecer nuestro bienestar.

Nuestra salud no sólo se ve afectada por nuestra situación económica y laboral, sino por los cambios y las pérdidas que acompañan la inmigración, influyendo también las imágenes y vivencias de lo que significa ser mujer y nuestra historia personal o familiar.



VI. EL MALESTAR DE LAS MUJERES

Las situaciones que vivimos pueden ser un factor de riesgo para nuestra salud, aunque, ante estas condiciones adversas afrontamos esta realidad de forma diferente y singular.

El padecer malestar dependerá de las condiciones sociales (precariedad laboral, vivienda, etc.), de los modelos ideales de feminidad existentes en cada cultura y de su interiorización, de los roles (como madre, esposa, hija, trabajadora etc), de la vivencia que tengamos al desempeñarlos y de otras experiencias como mujeres.

La distinta forma en que nos socializamos mujeres y hombres incide en las maneras de enfermar, de vivir la salud y de expresar el malestar. Los mensajes que nos han transmitido desde la infancia sobre los atributos asociados a la feminidad (ser sumisa, cariñosa, dulce, cuidadora, entregada, sensible, no agresiva, dependiente...) tienen influencia en nuestra vida actual. El incumplimiento de esas normas implícitas pueden



producir en nosotras sentimientos de culpa, agresividad, incompreensión, soledad...

A veces, acudimos a los servicios de salud a causa de alguna dolencia que no podemos explicar bien y que nos produce una molestia importante, como dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, tensión premenstrual, dolores musculares, tensión alta, cansancio. Ante estos síntomas debemos saber que, en ocasiones, el cuerpo enferma sin existir una causa física y/o fisiológica aparente. Sucede cuando de manera inconsciente **expresamos a través del cuerpo conflictos que no podemos verbalizar o elaborar**. Puede ocurrir, por ejemplo, que en estados de alto estrés sea el mismo cuerpo el que dé la señal de alerta de que algo no va del todo bien.

LAS PÉRDIDAS Y CAMBIOS NO RESUELTOS

La inmigración supone una crisis circunstancial en nuestra vida. Como cualquier crisis incluye un sentimiento de pérdida importante. Perdemos de manera repentina referentes básicos: nuestra casa, las amigas y los amigos, nuestra ciudad o



pueblo, las costumbres, el clima, la lengua y lo que es más importante la separación temporal o definitiva de nuestra familia o la pérdida de algunos referentes identitarios.

Para aceptar la nueva realidad, deberemos **elaborar éstas pérdidas** y aceptar que comienza una nueva etapa en nuestra vida.

Tomaremos conciencia de lo perdido y de lo que quedó atrás. Puede suponer un tiempo de dolor para asumir las nuevas circunstancias, pero no podemos olvidar que esta situación actual conlleva dificultad y también oportunidades.

Es posible que tengamos un sentimiento de ira que nos desconcierte. La separación obligada, en muchos casos, de las personas que queremos produce un cuestionamiento de la propia vida, se siente un **enfado con una misma y con el mundo**, así como culpabilidad si creemos que hemos abandonado a nuestras madres y padres y a las hijas e hijos.



Muchas de nosotras emigramos pensando en regresar a nuestro país en un tiempo determinado. Puede ocurrir que nuestra esperanza de volver sea tan acuciante, que no podamos desarrollar una vida cotidiana anclada en lo real.

La experiencia de esta crisis siempre es subjetiva y varía mucho en función de cada persona. Algunas sentiremos que nunca podremos adaptarnos al país de acogida y es posible que idealicemos el pasado y el lugar de origen. La no aceptación del cambio nos puede llevar a una situación de melancolía, y sentirnos habitualmente tristes.

Otras iremos asumiendo las pérdidas hasta llegar a la aceptación de la nueva vida. Para ello es muy importante crear vínculos afectivos en el país de acogida que supongan nuevos referentes para nosotras.

Durante este proceso, podemos sufrir distintos dolores que no sabemos explicar, también puede que nos cueste dormir, o que tengamos otros síntomas que afectan a nuestra salud y el bienestar personal.



EL TRABAJO

El tipo de empleo al que accedemos las mujeres inmigrantes, sobre todo al principio, se caracteriza por su precariedad. Muchas trabajamos en el servicio doméstico (limpieza, cuidado y atención de personas mayores y de niños y niñas...) actividad que, en general, es muy inestable, que está mal retribuida e infravalorada y tiene escaso reconocimiento social. Además, en muchas ocasiones, tenemos que realizar esta tarea de manera ilegal, lo que supone el carecer de los derechos que tienen las demás personas trabajadoras y el vivir con miedo.

En general trabajamos durante jornadas interminables y mal pagadas. La incertidumbre de la permanencia en el empleo y las condiciones laborales, a menudo precarias, pueden provocarnos estrés, ansiedad y/o angustia, y por tanto, que aumente el riesgo de sufrir malestar.

El trabajo en el servicio doméstico nos puede conducir al **aislamiento**, sobre todo si se trabaja como interna. Supone



un gran desgaste físico y mucho **desgaste psíquico y emocional**

Quienes tenemos una cualificación profesional también hasta hace poco tiempo hemos venido trabajando mayoritariamente en el servicio doméstico, lo que para algunas puede resultar **frustrante**. El no tener papeles nos impide acceder a otro tipo de trabajo y la homologación de la titulación es muy dificultosa, percibiendo que ganamos más dinero que en nuestro país, pero en trabajos con escasa valoración que, quizás, allí no realizaríamos.

EL TRABAJO DOMÉSTICO Y EL CUIDADO DE OTRAS PERSONAS

El trabajo doméstico es un quehacer repetitivo y monótono, no tiene horario, ni vacaciones. Si además del empleo que tenemos con largas jornadas hemos de cuidar de otras personas y máxime cuando la responsabilidad recae exclusivamente en la mujer, supone que **realizamos una doble jornada laboral**. Compaginar las responsabilidades familiares con un trabajo remunerado es complicado no solo por el número de horas,



sino también porque acabamos sintiéndonos culpables de no atender suficientemente a la familia.

También, el ser conscientes de la importancia que tiene para nuestros hijos y nuestras hijas el estudiar o empezar a trabajar para construirse un futuro mejor, cuando ellos no están motivados o les resulta difícil el mantener el nivel de estudios que se les exige, es una fuente de desgaste personal, máxime cuando queremos cumplir con las expectativas que se asocian a una buena madre.

RELACIONES AFECTIVAS Y DE PAREJA.

Cuando emigramos con la pareja pueden producirse **cam-bios importantes en la relación** debidas a las nuevas circunstancias derivadas de la inmigración o porque los roles asociados al hecho de ser hombre o mujer en esta sociedad sean distintos a los del país de donde procedemos.

Puede que observemos que nuestra pareja ha cambiado mucho desde que llegamos a España. El que ahora trabaje-



mos cuando en nuestro país de origen no lo hacíamos, y aún más cuando coincide que nuestra pareja está en paro, quizás sea vivido por el varón como un cuestionamiento de su rol, distanciándose emocionalmente o intentando controlarnos o teniendo comportamientos agresivos y/o autodestructivos, como el consumo excesivo de alcohol. En otros casos, esta situación ya existía antes de llegar a España pero se puede ver agravada por el proceso de migración.

Algunas de nosotras, quizás intentemos reacomodar nuestra relación hacia una estructura más igualitaria en cuanto al reparto de tareas y responsabilidades. Pero, también podemos **ceder ante las reacciones de la pareja** y sobrecargarnos de trabajo y responsabilidades, aceptando que se limite nuestra libertad y seguir asumiendo en exclusiva el rol de cuidadoras que nos lleva, a menudo, a descuidarnos a nosotras mismas.

Ante el miedo a no ser queridas, o a vivir el rechazo de la pareja podemos comportarnos de un modo que nos perjudique nuestra salud física y emocional



VII. LA VIVENCIA DE NUESTRO CUERPO

SEXUALIDAD

Cada cultura crea sus propios modelos. Por lo que la vida sexual se ve condicionada por la valoración que se atribuye a la sexualidad femenina y masculina en nuestro país de origen, así como por las creencias religiosas y su influencia en nuestras decisiones.

En España, durante mucho tiempo se reprimía el placer sexual de las mujeres. Hasta hace pocos años, se ha asociado su vida sexual con la reproducción y el ámbito del placer se ha reservado a los hombres, quienes han experimentado los deseos sexuales como necesidades apremiantes. Las mujeres tenían la función de solventar esa urgencia y su papel era complaciente, porque el sexo era “cosa de hombres”.

Gracias a las conquistas sociales se ha conseguido que, hoy en día, se entienda que la sexualidad forma parte de la vida



personal y que puede ser una forma más de realización y de sentirse mejor con una misma.

Para algunas de nosotras, las costumbres de esta sociedad pueden estar en contradicción con las creencias y manera de entender y vivir hasta el momento la sexualidad. Otras veces, no nos resulta extraño ya que no supone grandes cambios con la realidad de la que venimos.

En cualquier caso, no podemos descuidar nuestra salud. Si mantenemos relaciones sexuales hemos de valorar la utilización de métodos anticonceptivos eficaces cuando no deseamos quedarnos embarazadas y tener en cuenta que la vida sexual no se limita al coito, sino que hay muchas formas de vivir, sentir y expresar la sexualidad ya que la capacidad de tener sensaciones placenteras está en una misma.



MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En algunas culturas, incluida la española hasta hace poco tiempo, el uso de métodos anticonceptivos como **el preservativo masculino** que protege de las ETS y evita embarazos no deseados puede ser un tema tabú. Las distintas religiones han cuestionado su utilización siendo un método seguro, además hemos de negociarlo con la pareja y muchos hombres se niegan a emplearlo con la excusa de sentir menos placer, sin importarles nuestra salud.

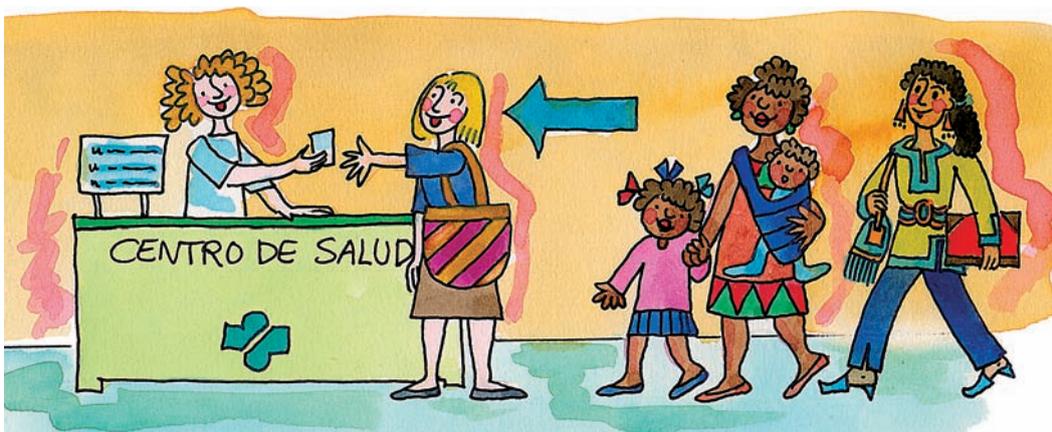
Unas veces, debido al elevado coste económico, otras por temor a perder a nuestras parejas o a vivir su rechazo hemos renunciado a utilizarlos y recurrimos a **métodos naturales** menos fiables como el “**coito interrumpido**” o el **método ogino** poniendo en riesgo nuestra salud ante la posibilidad de quedarnos embarazadas sin desearlo, además, de no protegernos de las infecciones de transmisión sexual.



También puede que a quienes venimos de algunas zonas de Latinoamérica nos sea familiar la **píldora** como método para evitar los embarazos no deseados, aunque tiene el inconveniente que no protege de las infecciones de transmisión sexual (ITS) como el SIDA, la sífilis, el herpes genital, etc. Su uso debe estar siempre bajo supervisión médica.

Otras opciones son el diafragma, el DIU, conocido entre las mujeres latinoamericanas como **sterilet o T de cobre**, ligadura de trompas o la vasectomía para los hombres, etc. En cualquier caso, nos hemos de plantear el utilizar un método seguro y que se ajuste a nuestras posibilidades, características y necesidades.

Ante los **embarazos no deseados** hemos de reflexionar sobre las causas que están influyendo en que se produzcan como son: la falta de información, las ideas religiosas, el no haber usado algún método anticonceptivo en nuestro país de origen, la resistencia a utilizar el preservativo por parte de los hombres y la dificultad de las mujeres para negarnos a tener relaciones sexuales. Y, sobre todo, mantener relaciones sexuales forzadas.



También influyen, el buscar soluciones rápidas (a problemas de soledad o para compensar las pérdidas sentidas al emigrar) teniendo relaciones de pareja o encuentros sexuales en los que descuidamos el uso de métodos de protección. Asimismo, hemos de señalar las dificultades de acceso a la sanidad pública y las dificultades económicas.

Las mujeres inmigrantes apenas tenemos acceso a la **píldora poscoital** como método de emergencia. Este es un método que en este país se está extendiendo ante situaciones de riesgo de embarazo no deseado, pero hay una falta de programas de educación sexual desde el sistema sanitario que deben acompañar a este tipo de oferta.

MATERNIDAD

En muchas sociedades de las que procedemos (excepto en países del este) aún se nos valora a las mujeres, fundamentalmente, por el hecho de ser madres, es decir, por la capacidad reproductiva, interiorizando el mandato cultural que **equipara ser mujer con ser madre**.



Este modelo puede contrastar con lo que percibimos en este país, donde muchas mujeres tienen descendencia en edades más tardías, no se dedican únicamente al cuidado de sus hijos e hijas y donde su prestigio ya no pasa exclusivamente por ser madres o no.

Cuando llegamos a esta sociedad podemos modificar la pauta reproductiva, ya que venimos fundamentalmente a trabajar y puede que ya tengamos otros hijos e hijas en nuestro país de origen. Además, aún cuando la maternidad es una fuente de gran satisfacción resulta costoso si no se comparte con otras personas la crianza de los hijos e hijas.

Otras mujeres, en cambio, deciden ser madres, ya que para ellas es una forma de tener afecto, iniciar una nueva etapa o compartir un nuevo proyecto con su pareja.

Cuando una mujer va a ser madre debe seguir unos cuidados específicos para el buen desarrollo del embarazo. Aunque existen barreras que nos dificultan el acceso al sistema sanitario (dificultades en el lenguaje, desconocimiento del



funcionamiento de la seguridad social, incompatibilidades en los horarios, miedo a perder el empleo) la asistencia sanitaria es un **derecho** que debemos utilizar para realizar un buen seguimiento de la gestación, del parto, del postparto y de nuestra salud.

Cuando evitamos acudir a consulta por tener problemas con el idioma, podemos pedir a alguna persona próxima que nos acompañe y nos traduzca las prescripciones médicas, así como todas las dudas, sugerencias y cuestiones que queramos plantearle a la médica o médico. También, podemos reclamar la presencia de una persona intérprete.

Además de acudir a las revisiones médicas y seguir las indicaciones, hemos de centrarnos en el autocuidado.



VIII. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Todas vivimos formas de violencia con mayor o menor intensidad. Este tipo de violencia es una expresión de la relación de desigualdad entre hombres y mujeres, mediante la cual se afirma la posición de dominio y control sobre las mujeres.

No se da únicamente dentro de la pareja. También podemos sufrir violencia por parte de otros hombres: jefes, parientes, extraños, amantes...

Las mujeres inmigrantes estamos más expuestas a la violencia. El desconocimiento de nuestros derechos, la situación legal irregular, el aislamiento social, la falta de información sobre recursos sociales, la soledad, las posibles carencias afectivas, la ausencia de redes de apoyo o precariedad económica y laboral condicionan el que estemos expuestas a un mayor número de situaciones de **riesgo y abuso**



En las relaciones pareja, no podemos olvidar que generalmente los hombres aprenden desde pequeños a expresar su frustración y a resolver conflictos y tensiones a través de la agresividad, mientras que las mujeres hemos sido socializadas, en muchos casos, en la sumisión, pasividad y acatamiento de las normas marcadas por los hombres, ya sean nuestros padres, hermanos, esposos, etc.

Además, hasta hace poco tiempo, en muchos países, incluida España, la violencia intrafamiliar se ha considerado un asunto privado y era tolerada socialmente.

El maltrato es aquella violencia física, psicológica o sexual que ejerce el marido, compañero, novio o expareja para lograr el dominio y el control sobre la mujer. No son hechos aislados, son agresiones dentro de un proceso gradual de violencia que mayoritariamente comienza con malos tratos psicológicos y va deteriorando la salud integral de la mujer. Los malos tratos pueden ser:

Psíquicos: Son todas aquellas conductas que producen desvalorización y sufrimiento en la mujer. Son las amenazas, las humillaciones,



exigencias de obediencia, intentar convencer a la mujer de que ella es culpable de cualquier problema. Son también los insultos, el control de las salidas de casa, humillaciones en público, descalificaciones, retener el dinero, aislamiento...

Físicos: Son los más evidentes y abarcan los actos que provoquen o puedan producir daño en el cuerpo de la mujer, tales como: bofetadas, golpes, palizas, cortes, heridas, fracturas, quemaduras..

Sexuales: Siempre que se nos imponga una relación sexual contra nuestra voluntad. Cuando en esa relación se produce una penetración forzada se considera violación.

En ocasiones, silenciamos los malos tratos de nuestras parejas. La posibilidad de que sean expulsadas del país, cuando su situación legal es irregular, nos puede llevar a no denunciar este tipo de agresiones.

En el caso de las mujeres que procedemos de países donde está prohibido el divorcio o el abandono conyugal, cuando



decidimos romper las relaciones que nos mantenían unidos a nuestros compañeros podemos sufrir además el **rechazo y la exclusión de nuestro entorno**, que nos culpabilizan de haber roto las normas del mismo.

Si hemos sufrido malos tratos es importante que identifiquemos la dependencia nos une al agresor. Podemos pedir ayuda para comprender qué nos está pasando. Si en tu ciudad hay un centro especializado en la atención a mujeres maltratadas, acude a él, si no lo hay o lo desconoces puedes dirigirte a los Servicios Sociales, al Centro de Salud, al Ayuntamiento donde existen Áreas de la Mujer o a los grupos de mujeres especializados en este tema.

En ocasiones, las mujeres inmigrantes somos explotadas sexualmente y coaccionadas por mafias y redes dedicadas al tráfico sexual siendo forzadas a ejercer la **prostitución**.

Otras, en cambio, nos hemos visto obligadas ante las deudas contraídas al emigrar y esta es una forma para obtener dinero de manera rápida aun a costa de vender nuestro cuerpo, lo



que conlleva explotación y dominio sexual e **implica perpetuar la violencia contra las mujeres**. En algún caso, era una práctica que ya se mantenía en el país de origen para sobrevivir.

Si ejercemos la prostitución en clubes de carretera nos vemos sometidas a un gran control sobre nuestras vidas.

Estar en la prostitución aumenta la marginalidad de las mujeres inmigrantes y la exposición a violaciones o agresiones. También, son mayores los efectos negativos para nuestra salud, como son la posibilidad de tener enfermedades de transmisión sexual. Aunque sabemos que es muy importante el uso del preservativo, muchos clientes, que conocen nuestra precariedad económica, nos ofrecen más dinero a cambio de obtener servicios sexuales sin preservativo.

Hemos de ser conscientes de los riesgos que corremos y adoptar una posición activa que favorezca nuestra protección y bienestar, para ello debemos conocer nuestros derechos y recurrir a la asistencia sanitaria, jurídica, social y demás servi-



cios siempre que lo consideremos oportuno. Acudir a centros específicos que nos puedan ayudar a buscar otras salidas.

Algunas mujeres inmigrantes procedentes de países de África o de Oriente Medio pueden haber sufrido una **mutilación genital**.

Las razones son específicas de cada cultura, pero se suelen argumentar motivos religiosos y míticos para justificar la necesidad de preservar la virginidad hasta el momento del matrimonio.

Estas prácticas conllevan múltiples **complicaciones** físicas, secuelas psicológicas y efectos sobre nuestra sexualidad. En relación con el parto puede verse dificultado, alargándose excesivamente con riesgos para nuestra salud y la del o de la bebé.

Estas prácticas son una forma ancestral de violencia por lo que se ha de aumentar la información, sensibilización y cambio de mentalidades, así como el que se conozca que estas prácticas están prohibidas en España.



IX. CUIDAR NUESTRA SALUD

Para cuidarnos de una manera activa debemos tener en cuenta que:

- ✓ No hemos de esperar a encontrarnos mal para acudir al Centro de Salud. Por el contrario, es necesario el hacernos revisiones con la periodicidad que aconsejen los y las profesionales del Centro

A su vez, realizar actividades que nos aporten placer y satisfacción es muy importante para el mantenimiento de nuestro bienestar:

- ✓ No conviene que nuestra vida se reduzca a trabajar, ya que nos puede llevar a sentirnos muy cansadas y a aislarnos. Intenta buscar tiempo para ti: escuchar música, bailar, pasear, reunirte con amigos y amigas.



- ✓ También es importante el intentar descansar, relajarnos, el alimentarse de forma equilibrada.
- ✓ Hablar con las amigas sobre nuestros problemas ayuda a descargar tensiones que puedan estar impidiendo que nos sintamos bien. Si no sueles hacerlo, es bueno que expreses tus sentimientos.
- ✓ Puedes acudir a asociaciones, ya sean culturales o Ong's, donde poder compartir tus experiencias. También te puede servir para conocer tus derechos y defenderlos.

Además, para sentirte bien es fundamental que reflexiones sobre:

- ✓ Las relaciones afectivas que has tenido hasta el momento y valorar aquellas cosas que te aportaron. Merecemos ser queridas y valoradas como mujeres.
- ✓ El pensar en nuestro futuro nos motiva a cambiar cosas de nuestras vidas que no nos gustan.



X. ASOCIACIONISMO

Las asociaciones de mujeres pueden ayudarnos a tener una red de apoyo. El reunirte con otras mujeres, que como tu, dejaron una vida atrás para comenzar otra etapa en un lugar diferente.

Compartir tus experiencias con otras mujeres te ayuda a conocerte mejor y a superar los posibles problemas que hayas tenido derivados de la emigración. Supone buscar formas de solidaridad y contar con un espacio donde sentirte integrada.

Participar en un grupo fomenta la autonomía y el crecimiento personal. Existen grupos que se reúnen para mantener el contacto con mujeres de su país o cultura con quienes compartir tradiciones, el idioma y sus costumbres. También pueden ser grupos integrados por mujeres de distintas procedencias



Cualquiera de nosotras, pero especialmente quienes venimos de países africanos y latinoamericanos tenemos un alto valor del grupo, de la colectividad, del sentimiento de pertenencia. La separación de nuestra familia y de las personas que queremos aumenta la necesidad de vincularnos al grupo con el que nos identificamos. Formar parte de una asociación puede ayudarnos a salir del aislamiento a la vez que nos da la posibilidad de ayudar a otras mujeres que lo necesiten.

También para muchas puede suponer una vía para la satisfacción de inquietudes personales ya que en las asociaciones de mujeres se realizan distintas actividades culturales y creativas. Algunas de ellas cuentan con grupos de apoyo psicológico, etc.



XI. LOS SERVICIOS DE SALUD

En ocasiones, no acudimos a los servicios de salud con la frecuencia que sería aconsejable, ni finalizamos los tratamientos prescritos.

Los factores que influyen son: la dificultad de acceder a la tarjeta sanitaria, bien por desconocimiento ó por no estar empadronada, o por tener que afrontar otras necesidades básicas (trabajo, vivienda, regulación), las limitaciones impuestas por nuestras jornada laboral que no siempre se adaptan a los horarios de la atención sanitaria, así como las largas distancias entre los lugares de residencia y los centros de salud.

También, las dificultades económicas para costearse los tratamientos; los sentimientos de desconfianza, sobre todo si nuestra situación es irregular, o las barreras idiomáticas y culturales, que nos impiden expresar o comunicar adecuadamente lo que nos preocupa sobre nuestra salud.



Además, hay que añadir otro tipo de condicionantes derivados del rol como mujeres, de las costumbres y prácticas culturales y del propio sistema sanitario ya que todavía no está adoptado a nuestras necesidades específicas.

Según los roles establecidos socialmente, las mujeres somos las garantes de la salud de nuestra familia lo que, en ocasiones, nos lleva acudir al sistema sanitario sólo cuando se trata de la salud de los y las demás.

En algunos casos, puede suceder que nuestra pareja nos acompañe a la consulta médica sin tener en cuenta nuestros deseos. Esta situación puede provocarnos cierta coacción a la hora de expresar nuestras demandas o necesidades.

Nosotras debemos concederle importancia a nuestra salud y acudir al sistema sanitario como un derecho y como una forma de cuidado personal.

Otra de las razones por las que no accedemos al sistema sanitario o no estamos satisfechas con la atención que re-



cibimos, tiene que ver con las características culturales de nuestras sociedades de origen.

Cada cultura tiene una concepción particular de la salud, de su autovaloración y cuidado que, en ocasiones, difiere de la que se mantiene en las sociedades de acogida.

Nuestras prácticas sanitarias previas a la inmigración nos influye y podemos tender a reproducir los hábitos de utilización de los servicios sanitarios adquiridos en nuestros lugares de procedencia donde el sistema sanitario al no ser gratuito y universal, nos lleva a acudir en muchos casos únicamente cuando lo consideramos una situación grave.

En el resto de ocasiones, quizás, hayamos optado por auto-medicarnos o recurrir a la medicina tradicional de nuestros países de origen, como puede suceder, en muchos casos, por parte de las mujeres chinas.

- ✓ Debemos conocer los derechos en materia de atención sanitaria en este país y solicitar información sobre servicios



especializados y procedimientos de acceso cuando sea necesario.

Las personas extranjeras, conforme a la Ley Orgánica 8/2000, artículo 12, tenemos derecho a la asistencia sanitaria si nos encontramos en alguna de las siguientes situaciones:

- ✓ Estamos inscritas en el padrón de nuestro municipio.
- ✓ Nos encontramos en situación de urgencia sanitaria y/o ante enfermedades graves o accidentes hasta la situación de alta médica
- ✓ Ser menor de edad.
- ✓ Estamos embarazadas.

Salvo en los casos de urgencia, para hacer efectivo nuestro derecho a la asistencia sanitaria debemos contar con la tarjeta sanitaria. La documentación que debemos aportar para su tramitación consta de una acreditación de insuficiencia de



recursos económicos, el certificado de empadronamiento, pasaporte y formularios **F1 y F6**.

En ocasiones, **el personal sanitario** puede mantener actitudes sobreprotectoras o tener percepciones erróneas sobre nuestros hábitos y costumbres en materia de salud. En estos casos, cuando no recibimos el trato que esperamos del personal sanitario podemos sentirnos desalentadas y decepcionadas.

Si bien, muchos desencuentros responden, en realidad a diferencias culturales superables, a que sólo recientemente se ha empezado a incluir en la formación que reciben los y las profesionales la atención específica a la población inmigrante y a la sobrecarga de trabajo. Por lo que, puede que todavía no cuenten con el tiempo suficiente para atender y adecuar su práctica diaria a nuestras necesidades.

- ✓ Es importante que expresemos nuestra opinión sobre la atención recibida en el sistema sanitario, presentado las sugerencias o quejas que consideremos oportunas.



Por su parte, **el sistema sanitario** debe:

- ✓ Garantizar la oferta de prestaciones sanitarias adaptadas a nuestra situación.
- ✓ Proporcionar los recursos técnicos y humanos necesarios para mejorar la atención a las mujeres inmigrantes, tales como, información adaptada y materiales de apoyo para cada colectivo o interpretes.

Además, el personal sociosanitario debe contar con una formación específica, para:

- ✓ Conocer y adaptarse a una población de la que desconocen sus patrones culturales y costumbres en materia de salud.
- ✓ Desarrollar pautas de actuación e interacción que favorezcan una atención integral con perspectiva de género.
- ✓ Potenciar las habilidades en la comunicación y en la escucha, mejorar las relaciones de confianza y contribuir a cuestionar los prejuicios existentes .



XII. RECURSOS

Acción Familiar

Gta. de Quevedo, 7 – 6º dcha. - 28015 Madrid

Telf. 91 446 10 11 - Correo electrónico: accionfamiliar@accionfamiliar.org

Web: <http://www.accionfamiliar.org>

Amnistía Internacional

C/ Fernando VI, 8 - 1º Izda. - 28004 Madrid

Telf: 91 310 12 77 - Correo electrónico: info@es.amnesty.org

Web: <http://www.es.amnesty.org>

Asociación de Mujeres Opañel (AMO)

C/ Sallaberry, 81 - 1º - 28019 Madrid

Telf: 91 5699317 - Correo electrónico: amo@amo.org.es

Asociación para la atención, prevención y reinserción de la mujer prostituta (APRAM)

Plaza Ángel, 14 - 1º Izda. - 28012 Madrid

Telf: 91 420 17 08 - Correo electrónico: apramp2003@yahoo.es

Web: <http://www.apramp.com>

Asociación de Trabajadores e Inmigrantes Marroquíes en España (ATIME)

C/ Canillas, 6. - 28002 Madrid

Telf. 91 744 00 70 - Correo electrónico: atime@atime.es

Cáritas

C/ San Bernardo, 99 bis 7 - 28015 Madrid

Telf: 91 444 10 00 - Correo electrónico: correo@caritas.es

Web: <http://www.caritas.es>

Comité en Defensa de los Refugiados, Asilados e Inmigrantes en el Estado Español (COMRADE)

C/ Canillas, 6. - 28002 Madrid

Telf: 91 446 46 08 - Correo electrónico: comrade@comrade.e.telefonica.net

Cruz Roja Española

C/ Pozas, 14 28004 Madrid

Telf: 91 532 55 55 - Correo electrónico: vicqui@cruzroja.es

Web: <http://www.cruzroja.es>

Federación de Mujeres Progresistas

C/ Ribera Curtidores, 3 28005 Madrid

Telf: 91 539 02 38 - Correo electrónico: fmp@fmujeresprogresistas.org

Web: <http://www.fmujeresprogresistas.org>

Fundación Tomillo

C/ Serrano, 136. 28006 Madrid

Telf. 91 561 16 03 - Correo electrónico: fundacion@tomillo.es

Web: <http://www.tomillo.es>

Asociación de Mujeres Latinoamericanas (AMLAT)

C/ Almagro, 28, 28010 Madrid

Telf. 91 3100085

Asociación de Mujeres Dominicanas en España (AMDE)

C/ Hermanos García Noblejas, 41-8º 28037 Madrid

Telf. 91 4085155- Correo electrónico: amde@eurosur.org

Médicos del Mundo

C/ Andrés Mellado, 31 28015 Madrid

Telf: 91 543 60 33

Correo electrónico: informacion@medicosdelmundo.org

Web: <http://www.medicosdelmundo.org>

SOS Racismo

C/ Campomanes, 13 - 2 Izda 28013 Madrid

Telf: 91 559 29 06 - info@sosracismo-madrid.org

Web: <http://www.sosracismo.org>

Asociación Voluntariado de Madres Dominicanas (VOMADE)

C/ Palmera, 15, 28009 Madrid

Telf. 91 323 39 23/45 - Correo electrónico: vomade@telefonica.net

Consortio de Entidades para la Acción Integral con Inmigrantes

Web: www.cepaim.org

Correo electrónico: info@cepaim.org

Instituto de la Mujer

C/ Condesa de Venadito, 34, 28027 Madrid

Telf. 900 191010 - Correo electrónico: inmujer@mtas.es

Web: www.mtas.es/mujer

Dirección General de Inmigración

C/ José Abascal, 39 planta baja 28003 Madrid

Telf.91 3637000 - Web: <http://www.extranjeros.mtas.es/>

Correo electrónico: infoinmi@mtas.es

Dirección General de Integración de los Inmigrantes

C/ José Abascal, 39- 1º planta 28003 Madrid

Telf.: 91 3637000 - Web: <http://www.extranjeros.mtas.es/>