

Satisfacción de las necesidades básicas en la población inmigrante femenina Marroquí en Arteixo

SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES BÁSICAS NA POPULAÇÃO IMIGRANTE FEMININA MARROQUINA EM ARTEIXO

FULFILLMENT OF BASIC NEEDS OF THE MOROCCAN FEMALE IMMIGRANT POPULATION IN ARTEIXO

Amalia Conceiro Rúa¹, Rosa Pita-Vizoso², Inmaculada Gómez-Besteiro³

RESUMEN

Aunque hace unos años la población inmigrante marroquí era en su mayor parte masculina, cada día aumenta el número de mujeres, colectivo del que se ocupa este trabajo. Conocer cómo afecta la emigración en la satisfacción de las necesidades básicas de Virginia Henderson, qué transformaciones y adaptaciones se tienen que realizar para satisfacerlas y qué reinterpretaciones y estrategias se ponen en marcha para minimizar el impacto del choque cultural. Durante un año 2004-2005 hemos realizado una investigación cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas a 20 mujeres musulmanas inmigrantes en un municipio de Galicia (España). En la persona musulmana, toda su vida está regulada por la religión, por lo que las necesidades afectadas están estrechamente relacionadas con la *necesidad de actuar según valores y creencias*. Por ello, la valoración de dicha necesidad aporta datos fundamentales para orientar las actividades dirigidas a mantener y recuperar la salud.

DESCRIPTORES

Necesidades y demandas de servicios de salud.
Migración internacional.
Salud de la mujer.
Investigación cualitativa

RESUMO

Embora a população imigrante marroquina seja eminentemente masculina, atualmente é cada dia maior o número de mulheres. É neste coletivo que se concentra este estudo, cujos objetivos são: saber como a emigração afeta a satisfação das Necessidades Básicas de Virginia Henderson, que transformações e adaptações tem que se realizar para satisfazê-las, e que reinterpretaciones e estratégias são postas em prática para minimizar o impacto do choque cultural. Para isso se fez uma investigação qualitativa mediante entrevistas semiestructuradas realizadas durante o período de 2004 - 2005, que nos mostra que, na pessoa muçulmana, toda a sua vida está dirigida pela religião, pelo que as necessidades afetadas estão estritamente relacionadas com a *necessidade de atuar segundo os valores e crenças*. Por isso, a valorização de tal necessidade aponta dados fundamentais para orientar as atividades dirigidas a manter e recuperar a saúde.

DESCRITORES

Necessidades e demandas de serviços de saúde.
Migração internacional.
Saúde da mulher.
Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Although some years ago the Moroccan immigrant population was mostly male, the number of women is increasing every day. This research is focused on this group, and has the following objectives: to know how emigration affects the fulfillment of Virginia Henderson's basic needs; what transformations and adaptations must be adopted in order to fulfill them; and what reinterpretations and strategies are implemented in order to minimize the impact of culture shock. A qualitative study was performed from 2004-2005 by means of semi-structured interviews to 20 Muslim immigrant women in a municipality of Galicia (Spain), and showed that for Muslim people, everything is regulated by religion, so the necessities affected are strongly related with the *need of acting according to one's values and beliefs*. Therefore, valuing the referred need provides fundamental data in order to direct the activities towards keeping and recovering health.

KEY WORDS

Health services needs and demand.
Immigration and immigration.
Women's health.
Qualitative research.

¹ Enfermera de Atención Primaria. Servizo Galego de Saúde. Centro de Saúde Federico Tapia. A Coruña, España. amalia.conceiro.rua@sergas.es ² Enfermera Profesora da Escuela de Enfermería "Juan Canalejo". A Coruña, España. rosapita@udc.es ³ Médica. Técnica en Saúde Pública. Xerencia de Atención Primaria. Servicio Galego de Saúde. A Coruña, España. besteiro@sergas.es

INTRODUCCIÓN

Arteixo es un municipio de cerca de 28.000 habitantes, limítrofe a A Coruña, España. La inmigración marroquí en este municipio comenzó según datos del censo, en el año 1990. En la actualidad viven censados en Arteixo, 329 inmigrantes marroquíes, de los cuales 201 son hombres y 128 mujeres. Sus edades oscilan desde varios recién nacidos hasta un anciano varón de 85 años. La mayor parte son de origen rural, aunque también hay de procedencia urbana. En ambos grupos la mayoría están muy apegados a formas de religión tradicionales, por costumbre, como forma de remarcar su propia identidad o como mecanismo de defensa ante su posible pérdida. Existe también, un grupo reducido de personas cuyo islamismo se reduce a la declaración de fe shahada:

No hay más dios que Ala y que Mahoma su profeta⁽¹⁾.

Inicialmente este grupo de inmigrantes estaba constituido por hombres de entre 25 y 40 años a los que acompañaba alguna mujer joven que se encargaba de hacer las tareas domésticas a medida que se iban integrando y alcanzaban cierta estabilidad económica, se producía el reagrupamiento familiar.

En el momento actual ya no existe tanta desproporción según sexo y cada vez es mayor el número de mujeres que vienen solas. Esta situación es similar en otros países según refleja el informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) del año 2006, en el que el 49,6% del total de inmigrantes eran mujeres⁽²⁾; proporción que es similar en nuestro país (46,99%)⁽³⁾.

En la mayoría de los pueblos mujeres y hombres viven mundos diferentes como resultado de las diferencias en el acceso a la educación, a las relaciones sociales, a los recursos, al mundo laboral, a la salud. Las mujeres han sido tradicionalmente marginadas, esta marginación sigue ocurriendo en su país de origen y en el de acogida.

Habitualmente en nuestro entorno las mujeres inmigrantes marroquíes permanecen invisibles, se identifican en relación al marido o padre; esta invisibilidad social junto a las diferencias en el acceso a la educación en sus países de origen, el desconocimiento del idioma del país de acogida y la distancia cultural son factores que las convierten en un colectivo en situación de inferioridad, más dependiente y vulnerable.

La emigración como dice Maria Teresa Losada Campos produce en las personas una gran revolución a su alrededor; todo son cambios:

tienen que reinventar la vida diaria, aprender la lengua, habituarse a las nuevas costumbres, adaptarse a una nueva distribución del tiempo⁽⁴⁾,

produciéndose una situación de duelo, entendiendo por duelo un *proceso de reorganización de la personalidad tras una pérdida*⁽⁵⁾.

Por todo lo expuesto, creemos que las mujeres presentan más dificultades para la resolución del duelo que supo-

ne la emigración y justifica que sean las mujeres nuestro centro de interés en este estudio. Como profesionales sanitarios, otro motivo que nos hizo centrar el estudio en las mujeres, fue el compartir el planteamiento de otros autores que afirman que la salud de estas mujeres es una cuestión importante no sólo por la implicación que tiene para ellas en su vida cotidiana sino por la proyección para sus familiares en el país de acogida, en el país de origen, e incluso para la salud pública⁽⁶⁾.

Así mismo pensamos que el proceso de adaptación a la cultura sanitaria hegemónica del país de acogida no difiere de cualquiera de los otros procesos de adaptación.

Consideramos que los conocimientos y valores de un colectivo son reflejo de su propia cultura en la que se encuentran valores tradicionales actualizados y elementos históricos marcados por el lugar que ocupan en la sociedad⁽⁷⁾.

Y si además consideramos la cultura como el conjunto de los comportamientos patentes y latentes desarrollados por una comunidad e implicados en el proceso de satisfacción de las necesidades, parece importante identificar las variaciones en la forma de satisfacer las necesidades, como un primer paso, para prestar cuidados a los miembros de una determinada comunidad⁽⁸⁾.

Elegimos el modelo de Virginia Henderson porque es el que guía la práctica de la mayoría de las enfermeras del área sanitaria de A Coruña. Este modelo aporta un análisis en el que la persona es única y compleja con 14 necesidades básicas: respirar, nutrición e hidratación, eliminación, moverse y mantener una buena postura, descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, termorregulación, higiene y protección de la piel, evitar peligros, comunicarse, vivir según creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas y aprendizaje.

Estas necesidades están determinadas por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. El modo de satisfacerlas depende de: edad, sexo, etapa de desarrollo, situación de vida y salud, cultura, entorno y diferentes experiencias vividas.

La única función de la enfermera es ayudar en la satisfacción de estas necesidades cuando no tiene fuerza, voluntad o conocimientos necesarios para llevarlo a cabo por sí sola. De forma que le ayude a recobrar la independencia lo más rápidamente posible.

OBJETIVO

Con el fin de mejorar la atención de enfermería en este colectivo de mujeres nos planteamos como objetivo de este estudio comprender, desde la perspectiva de las propias mujeres marroquíes, el proceso de emigración y su relación con la satisfacción de las necesidades básicas:

Cómo afecta la emigración en la satisfacción de las necesidades básicas siguiendo el modelo de Virginia Henderson.

Qué transformaciones y adaptaciones que tienen que llevar a cabo para satisfacerlas.

Qué reinterpretaciones y estrategias ponen en marcha para minimizar el impacto del choque cultural.

MÉTODO

Metodología cualitativa. El estudio se realizó en el municipio de Arteixo. (A Coruña. España); participaron 20 mujeres con edades entre 16 y 60 años, todas inmigrantes marroquíes con al menos dos meses de permanencia en España y con un nivel de estudios que variaba entre analfabetismo y estudios universitarios.

La selección de las participantes se realizó por muestreo intencional de bola de nieve. El acceso fue posible a través de los profesionales de enfermería del centro de salud. Una de las enfermeras contactaba con las posibles participantes y concertaba una cita.

La recolección de los datos tuvo lugar entre julio del 2004 y diciembre del 2005. Se utilizó la técnica de entrevista individual semi-estructurada porque, al igual que otras técnicas cualitativas, supone una forma de aproximación empírica a la realidad social, especialmente adecuada para la comprensión significativa y la interpretación motivacional de la conducta de los actores sociales en su orientación interna, esto es creencias, valores, imágenes y motivaciones sean estas conscientes o inconscientes.

Las entrevistas siguieron un guión, elaborado previamente, que permitía recoger aspectos sociodemográficos y preguntar de manera abierta a las mujeres, acerca de la satisfacción de sus catorce necesidades y qué hacían para satisfacerlas (Anexo I).

Todas las entrevistas fueron realizadas por una única investigadora. El tiempo que se utilizó para el desarrollo

de las mismas fue entre 45-60 minutos. La mayoría se realizaron en el Centro de Salud, por ser un espacio a donde las mujeres acudían sin problemas, y las otras en sus casas. En algunas ocasiones, fue necesario la presencia de una mediadora cultural, una joven marroquí que llevaba más tiempo en España y que se desenvolvía bien con el idioma español.

La participación fue voluntaria e informada, se garantizó el anonimato y el uso confidencial de los datos, así como la destrucción de los mismos al finalizar el estudio.

El estudio fue autorizado por la comisión de investigación del área sanitaria con el número de código: XAPLO-2005/03.

Para el análisis de los datos se utilizó como técnica el análisis de contenido. Se identificaron las opiniones expresadas, y se clasificaron las categorías según su relación con las 14 necesidades básicas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Con los resultados y la discusión que a continuación presentamos no pretendemos generalizar ni extrapolar a un contexto distinto del lugar en donde se han producido; con este estudio buscamos obtener información culturalmente relevante que nos ayude a valorar, planificar y poner en práctica intervenciones o actividades enfermeras que satisfagan las necesidades de estas mujeres en nuestro centro de salud.

Los resultados del análisis se exponen de forma narrativa clasificándolos según la necesidad básica de Virginia Henderson a la que hacen referencia y se utilizan fragmentos de las entrevistas para que el lector pueda observar la relación que hay entre la categoría y los datos. En las citas se identifican las fuentes con nombres ficticios. En el texto solo se mencionan las necesidades básicas en las que emergieron categorías empíricas:

Cuadro 1 - Categorías emergentes clasificadas según las necesidades básicas

NECESIDADES BÁSICAS	CATEGORÍAS
Valores y creencias	Alta valoración de la salud. Estrecha relación entre buena salud y proceso migratorio. Obligación de seguir las normas de autocuidado descritas en El Corán.
Evitar peligros	Dificultades en la utilización de los servicios sanitarios. Sentimientos de aislamiento social y soledad. Sufrimiento espiritual.
Alimentarse e hidratarse	Dieta mediterránea y elaborada. Cambios en los horarios de comidas. Problemas de alimentación durante la hospitalización.
Dormir y descansar	Dificultad para dormir.
Vestirse	Como instrumento diferenciador de relaciones sociales.
Comunicación	Dificultades de expresión oral en español. Control social. Contradicciones en sexualidad y reproducción.
Trabajar y realizarse	Satisfacción con su rol. Pérdida de estatus en mujeres universitarias.
Participar en actividades recreativas	En su propio grupo socio-cultural. Restricciones culturales en adolescentes.

A lo largo de las entrevistas emergieron referencias a contenidos del Corán el cual llegó a ser un elemento de apoyo importante para análisis e interpretación del discurso y, cuando mencionan aspectos concretos relativos a recomendaciones del Islam, se utilizan las citas del Corán al que hacen referencia.

Nuestra religión no es como para vosotros la nuestra es también para la vida (Bouchra).

Por dicho motivo comenzamos por analizar y exponer la necesidad de vivir según valores y creencias ya que estas conceptualizaciones influyen en la satisfacción del resto de las necesidades.

Necesidad de vivir según valores y creencias

Cada día que pasa, dado el grado de asentamiento, es más fácil para ellas y su familia, satisfacer, en sentido espiritual, esta necesidad: son más numerosas, tienen mezquita, cementerio, carnicería y tienda halal, redes sociales... Pero, en contraposición, son más visibles, más molestas.

Ahora, cuando voy al super, en la cola las mujeres hablan: esta es marroquina, que se marchen, mira cuantos niños tiene... (Bouchra).

El modelo de salud forma parte del sistema de creencias de un pueblo.

La experiencia de enfermar se determina mediante lo que dicha enfermedad significa para la persona. El concepto de salud y enfermedad depende de cada cultura y no sólo eso sino que dentro de cada cultura va a depender de la edad, del sexo e incluso del grupo al que pertenezcan. Es más, la enfermedad se identifica con el estatus y rol de la sociedad. La enfermedad no sólo tiene que ser sancionada por un médico para que la persona adquiera el rol de enfermo, también debe ser sancionada por la comunidad o estructura social a la que el individuo pertenece⁽¹⁾.

En este caso regidas por el Islam.

En el nombre de Allah, el Misericordioso, el Compasivo [...] al contrario del Señor de los mundos (...) y que, cuando estoy enfermo, me cura(26; 79)⁽²⁾

Cuando estás enferma tienes que curarte, tienes que cuidarte, lo dice el Corán. (Boushra).

Esto va a dar lugar a una serie de contradicciones entre las distintas representaciones de salud y enfermedad (la del país de origen y la del país receptor) que se van a traducir como manifestaciones de malestar con síntomas poco precisos⁽³⁾.

Yo ya nunca estoy sana ¿Tú sabes? Antes tenía salud, no me dolía nada. Ahora me duele espalda, cabeza, todo (Fatima).

En general valoran mucho la salud, ya que de ella depende su proceso migratorio. Cuando se les pregunta acerca de lo que entienden por salud, sus respuestas no son muy diferentes a las nuestras:

Hay salud cuando no estás enferma, cuando no te duele nada y puedes trabajar bien. Si estoy enferma pierdo el trabajo (Nur).

De tendencia naturista conciben la enfermedad como algo depurativo, que limpia. Disponen de normas orientativas para la promoción y curación a través del ayuno: Ramadán, prohibición de ingesta de alcohol, cerdo y determinados alimentos, la higiene y la lectura en alto del Corán, de ahí la importancia de los autocuidados dentro de este colectivo.

Dice Goytisolo que:

El Islam afirma la naturaleza autónoma de cada creyente y su derecho a un ámbito familiar inviolable y sagrado en el que la vista de unas babuchas femeninas desconocidas a la puerta de los aposentos reservados a las mujeres detiene a visitantes y familiares⁽⁴⁾.

Si bien es cierto que dado el tiempo que ya llevan aquí asentados no se da el problema de hacinamiento descrito en otros trabajos: *camas calientes, pisos patera*. También es verdad que sus viviendas difieren mucho, al menos exteriormente, de las de Marruecos donde las casas se agrupan unas encima de otras, formando grupos compactos pero todas ellas mirando hacia su patio interior. Esta intimidad que aquí no pueden mantener la suplen manteniendo las tradiciones de la vida cotidiana a través de la decoración de sus casas, del vestuario y de las comidas⁽⁵⁾. Así mantienen su cultura de origen, no pierden sus referentes y, proporcionan a la familia una pequeña estabilidad en la sociedad de acogida.

Necesidad de evitar peligros.

Los problemas más frecuentes que se detectaron en estas mujeres en relación al uso de los servicios sanitarios fueron: no acudir a citas concertadas con los profesionales sanitarios, tardar en acudir cuando tenían problemas de salud importantes y desconocimiento de algunas ofertas de nuestro sistema sanitario. De sus discursos podemos extrapolar como posibles causas de estos problemas los que se relacionan a continuación:

El uso de recursos naturales es muy frecuente y poseen todo tipo de plantas medicinales y aceites para el cuidado de la salud: Kahal para prevenir la conjuntivitis, henna para evitar callosidades en las manos de los trabajadores del campo...; Y probablemente sea la causa de la tardanza en acudir al consultorio.

Desconocimiento del sistema sanitario y de los derechos a las prestaciones del país de acogida. Algunas de las prestaciones que ofrece nuestro sistema sanitario, en concreto programas preventivos no se incluyen en el sistema sanitario de sus países de origen.

Las diferencias culturales en la atención y en la manera de percibir la salud y la enfermedad es otra de las causas. En un estudio sobre el uso de los servicios sanitarios en las

mujeres inmigrantes de la comunidad de Madrid se vio que por razones culturales un 20% de las mujeres marroquíes no fueron a los servicios sanitarios en el último episodio de morbilidad percibida⁽⁶⁾.

Diferencias culturales relativas a las normas de comportamiento según sexo, médicos de sexo masculino.

Creo estoy embarazada de cuatro meses y no fui al médico tengo un doctor y no puedo ir a él ¿qué puedo hacer? (Bouchsra).

Las barreras lingüísticas son otra causa importante:

Ella no puede venir sola, no entiende; yo tengo que ir feria, sino feria no dinero, no comida (Azis).

Distancia de los lugares del trabajo (en las distintas ferias de los pueblos):

No vinimos porque había feria en Betanzos, nosotros no llegamos a la cita. También tenemos tienda en Portugal. No podemos venir cita siempre (Latifa).

Cada vez con más frecuencia, al igual que los ciudadanos españoles, acuden a los servicios sanitarios en busca de remedios rápidos y abandonan algunos tratamientos de forma prematura, cuando disminuyen los síntomas y comienzan a encontrarse mejor. También suelen abandonar los tratamientos durante el Ramadán a pesar de estar exentos durante el proceso de enfermedad.

A menudo presentan sentimiento de soledad y aislamiento social. Donde más se apreció fue en la primera fase de emigración sobretodo en las niñas / adolescentes que venían para ayudar en las labores domésticas y posteriormente, en las niñas mayores debido a la dificultad para conjugar sus costumbres con las de sus compañeras de colegio.

También presentan manifestaciones de sufrimiento espiritual, como expresión verbal de conflictos sobre sus creencias. Lo que antes era correcto y adecuado no lo es ahora.

Todo esto se traduce, con mucha frecuencia, en somatizaciones que desaparecen a medida que adaptan o reorganizan sus creencias al nuevo contexto de vida.

Necesidad de alimentarse e hidratarse adecuadamente

La dieta es de tipo mediterránea. Para su elaboración encuentran aquí casi todo lo que necesitan o lo traen cuando van a Marruecos. La mayoría de las mujeres, al no trabajar fuera de casa continúan con su cocina tradicional que al ser muy elaborada exige mucho tiempo para su preparación.

Comemos lo mismo que en Marruecos. No, nosotros lo compramos todo aquí (Meriama).

La carne de ternera y de cordero la compramos en una carnicería de las nuestras; hay un hombre que mata como los marroquinos en Pontevedra. Aquí no hay (Laila).

En la fiesta del cordero bajamos. Los marroquinos que no pueden bajar comen cordero, matado por nosotros en el

matadero de aquí. En casa sólo matamos pollo y conejo (Amina).

El Ramadán – ayd al saghir – lo hacemos igual que en Marruecos. Algunos hombres y algunas mujeres andan cansados porque andan igual a las ferias. Si no trabajamos no comemos, sino no comemos... (Sumia).

Los viernes comemos cous-cous (Soucayna).

Situación diferente se da cuando están hospitalizados ya que dicen que tienen que comer lo mismo que todos⁽⁷⁾.

Cuando estamos en hospital, casi no comemos. No es comida de la nuestra, la carne no es halal (Nur).

Otro cambio que han experimentado es que la cena, debido a sus horarios de trabajo, ha pasado a ser la comida principal del día.

Necesidad de dormir y descansar

Expresaron con frecuencia dificultad para dormir.

Desde que estoy en la España no duermo. Siempre estoy cansada. Tu sabes, no tengo ganas de levantarme (Fatima).

Necesidad de escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse

Para Frantz Fanon

Las características de la ropa, las tradiciones de la indumentaria y del arreglo constituyen las formas de originalidad más evidente, es decir, las más inmediatamente perceptibles de la sociedad⁽⁸⁾.

En el Magreb el velo (hiyab) forma parte del vestuario tradicional femenino. En este aparatado queremos destacar distintas actitudes que nos encontramos:

Por un lado mujeres que visten hiyab como forma de afianzar su cultura, como reivindicación del Islam en el plano sociocultural fuera de su medio cultural, normalmente universitarias.

Esta ropa forma parte de mi cultura, de mi tradición, ¿Por qué cambiar ropa? que yo viva en la España no quiere decir que tenga que dejar de ser marroquina, tú sabes, dejar mi cultura, mis costumbres (Latifa).

Mujeres que visten hiyab como modo de hacerse invisibles a los ojos de otros hombres. Este es el caso de las mujeres jóvenes casadas procedentes del las montañas del Atlas Medio, normalmente analfabetas.

Si eres casada ya no te puedes vestir como quieras, te vistes como quiere tu marido (Laila).

A los marroquinos no les gusta que sus mujeres lleven el pelo descubierto ni se lo alisen. Los marroquinos son muy celosos (Fatima).

Por otro lado mujeres que visten ropa occidental para hacerse invisibles:

A mí me gusta más la ropa marroquina, es más cómoda. Pero si me visto aquí con esa ropa la gente me mira. Yo no quiero que me miren, No me gusta que me miren. Cuando bajo me visto siempre con ropa marroquina, no no llevo hiyab (Fatima).

Algunas marroquinas se visten distinto aquí. Aquí se visten como vosotros y en Marruecos como las marroquinas (Souaz).

¿tú sabes? las personas aquí nos dicen: tú tienes que vestir como nosotros que para eso vives aquí (Soucayna).

A mis padres les gusta que me ponga guapa, que me maquille, que me ponga el pelo liso, que me ponga ropa bonita; pero yo aquí no me gusta. En Rabat si me pongo guapa, nadie me conoce. Aquí no me gusta no quiero que me miren, aquí me conocen todos los marroquinos y me miran. No quiero que me miren (Fatima).

Necesidad de comunicarse con los demás

La comunicación es una de las necesidades más insatisfechas. La mayoría de las mujeres vienen a la sombra del hombre: padre, hermano, marido...No saben hablar castellano, tampoco lo entienden lo cual las hace totalmente dependientes para la mayoría de los acontecimientos cotidianos, dependen de ellos para trasladarse, ir al centro de salud, ir a comprar...

Las mujeres tienen problemas de comunicación en el idioma. No tienen tiempo para ir a las clases de español. Les preocupa mucho (Rania).

Nos resulta muy difícil hablar, aprender porque no tenemos estudios (Meriama).

Si tenemos donde aprender español pero no tenemos tiempo (Nur).

A pesar de que conocen poca gente sienten que sobre ellas hay un gran control social, tanto por parte de la comunidad acogedora como de la comunidad marroquí.

Aquí no me gusta no quiero que me miren. Aquí me conocen todos los marroquinos y me miran. No quiero que me miren (Latifa).

Aparecieron dificultades con respecto a la sexualidad. Muchas chicas vinieron, sin sus madres, cuando eran prácticamente unas niñas, estuvieron escolarizadas aquí y se desenvuelven en un mundo de dos caras: por un lado el Islam y por otro el del país de acogida más tolerante lo que conlleva a que a veces también ellas tengan un doble comportamiento:

Del sexo yo no tengo para hablar, no quiero hablar con las marroquinas. Yo tengo relaciones con mi novio, que ya va a ser mi marido, hay cosas yo no sé si son buenas, mi novio dice que es así o que no es así pero yo no sé, no puedo hablar con marroquinas, no tengo con quien hablar (Fatima).

El problema se agudiza y alcanza grandes dimensiones cuando se producen embarazos no deseados.

Estoy embarazada. El día que me prometí mi novio tenía ganas, yo no quería pero también tenía ganas, ya estábamos casados, nos falta boda de Marruecos para el verano los dos nos gustaba. Yo no tengo a quién preguntar no quiero preguntar a marroquinas Sólo os conozco a vosotros, me daba vergüenza preguntar. Mis padres me matan. Yo no puedo ir a casa de mi marido embarazada. ¿Qué dirá mi suegro? No sé qué hacer. No puedo estar embarazada (Nabila).

El chico con el que salía es español. Cuando quede embarazada decía no era de él. Mi familia está en Marruecos. Aquí tengo hermana. Mi familia está muy enfadada, no me habla a mí, no quiere saber nada a mí. Tengo problemas, para cuidar niño hace falta dinero, yo trabajo en un bar y mi hermana también; no puedo cuidar niño. Tengo que bajar niño a Marruecos; pero mi familia muy enfadada (Karima).

La mayoría de las mujeres después de tener el segundo hijo solicitan consulta para planificación familiar y hacen uso de métodos anticonceptivos. En este momento alguna de las mujeres que están en España desde niñas y que trabajan fuera de casa, normalmente en talleres de costura, se plantean el embarazo por miedo a ser echadas de los trabajos o no ser contratadas por primera vez.

Necesidad de trabajar y realizarse

La mayoría de las mujeres que viven en esta comunidad se sienten satisfechas con el desempeño de sus roles, puesto que el papel que de ellas se espera y que aceptan es el de ser ama de casa y, el de preservar la estabilidad familiar y las costumbres que les une a su país de origen. Pero existen otros dos grupos de mujeres: universitarias y mujeres solteras que suelen presentar problemas por la pérdida de estatus y la dificultad para encontrar un trabajo acorde con su capacitación.

Mira, yo en Marruecos enseñaba en la universidad. Yo tengo papeles de profesora. ¿Tú sabes como yo puedo trabajar, donde tengo que llevar los papeles? (Rania).

Yo quería trabajar en fábrica, a mí me gusta trabajar, yo no quiero todo el día estar en casa ni ir a ferias con mi marido. Yo quiero trabajar fuera; pero me dijo una amiga española que si me quedaba embarazada me echaban. ¿Tú sabes de esto, qué tengo que hacer para no estar yo embarazada? (Latifa).

También observamos a menudo a lo largo del discurso la insatisfacción provocada por unas expectativas irreales respecto a la emigración; esto no es el paraíso que esperaban.

Necesidad de participar en actividades recreativas

Respecto a esta necesidad nos encontramos con dos situaciones diferentes producto del paso del tiempo. Las primeras mujeres que se asentaron tuvieron grandes dificultades para satisfacer esta necesidad mientras que en la actualidad esto no ocurre porque ya existe una comunidad bien formada y asentada y, con sus redes sociales bien establecidas.

Yo aquí estoy triste, estoy sola. En Marruecos, los días de fiesta íbamos de casa en casa a visitar a la familia. Nos juntamos, tomamos té y cantamos. Aquí, no hay gente, familia y estoy en casa (Nur).

Ahora hacemos como en Marruecos, nos visitamos, hablamos, salimos. Las mujeres aquí y los hombres en la habitación de al lado (Bouchsra).

En esta necesidad de participación en actividades recreativas, ocio, merecen especial atención las adolescentes que vinieron de pequeñas o incluso han nacido aquí y que están influidas por ambas cosmovisiones.

Yo tenía una amiga no marroquina, española, desde primaria. El año pasado nos invitaron a una fiesta y querían que bebiera y fumara, yo no quería e insistieron. No volvimos a ser amigas. Ahora solo salgo con marroquinas (Samira).

CONCLUSIÓN

La metodología cualitativa nos ha permitido, por una parte, acceder a una información que, hasta este momento, permanecía oculta y por otra, conocer algunas de las variables culturales y sus efectos sobre las conductas en salud-enfermedad, necesarias para hacer una valoración detallada de estas mujeres que permita ofrecer cuidados culturalmente competentes.

Estos resultados ponen de manifiesto que este grupo de mujeres poseen unas percepciones y conductas en sa-

lud-enfermedad propias y no perjudiciales que deben ser respetadas e incorporadas en los planes de cuidados.

Otras percepciones y conductas que tienen relación con algunas normas del Corán (Ramadán) necesitan adaptaciones previas con el fin de no resultar perjudiciales en personas con enfermedades metabólicas, embarazos...

Es necesario realizar una valoración focalizada para detectar, en cada caso en particular, las dificultades de acceso al sistema sanitario, e instaurar medidas correctoras.

Además, es imprescindible realizar una valoración sistemática para descartar si el sufrimiento espiritual y el aislamiento social son consecuencia normal de su duelo migratorio o por el contrario son manifestaciones de un problema de enfermería.

Con este trabajo hemos logrado remover y debatir ideas-prejuicios de los profesionales sanitarios en nuestro centro con relación a la población inmigrante y conseguimos cambios en: adaptaciones de horario y citas e incluso, en casos especiales, que la atención sanitaria sea prestada por una mujer.

Nos sorprende, sin embargo, que en ninguno momento haya surgido la violencia contra la mujer, hecho que citan como frecuente otros autores⁽⁹⁾.

No cabe duda que hemos alcanzado un mayor conocimiento y cercanía con este colectivo, pero a la vez somos más conscientes de lo mucho que nos falta por compartir.

REFERENCIAS

1. Kairos. La ruptura del mediterráneo. Los pilares del Islán [texto na Internet]. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia; 2008 [citado 2008 abr. 29]. Disponible en: http://iris.cnice.mec.es/kairos/enseanzas/eso/media/ruptura_03_03.html
2. UNFPA. Estado de la Población Mundial 2006. Hacia la esperanza. Las mujeres y la migración internacional [texto na Internet]. New Cork: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2006 [citado 2008 maio 1º]. Disponible en: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/652_filename_sowp06-sp.pdf
3. Espanha. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Observatorio permanente de la inmigración. Boletín Estadístico de Extranjería e Inmigración [periódico na Internet]. 2007 [citado 2008 maio 1º];(12). Disponible en: <http://extranjeros.mtas.es/es/general/BoletindeExtranjeria-num-12-Web.pdf>
4. Losada Campo T, Bayt al-Taqaqa. La mujer inmigrante marroquí en España. En: Congreso Mujeres, democracia y desarrollo en el Magreb; 1993; Madrid, Espanha. [evento na Internet]. Madrid: Fundación Pablo Iglesias; 1993. [citado 2008 maio 1º]. Disponible en: http://www.afrol.com/es/Categorias/Mujeres/especial_marroqui.htm
5. Martínez Ten L, Tuts M. Mujer e inmigración. En: Plataforma de los Derechos Humanos de las Mujeres. Derechos humanos, mujer e inmigración: hacia una educación intercultural en el aula [texto na Internet]. [citado 2008 maio 1º]. Disponible en: <http://www.nodo50.org/ddhmmujeres/dossier/web/guiacompleta.pdf>
6. Castillo SM, Sanz LB. Mujeres inmigrantes hablando de su salud: utilización de sus discursos como estrategia para promocionar su salud. *Index Enferm.* 2001;34(1):9-14.
7. Mandu ENT, Silva GB. Assistência pública à saúde: mulheres com a palavra. *Rev Esc Enferm USP.* 1998;32(2):218-30.
8. Siles González J. Antropología narrativa de los cuidados. Alicante: Consejo de enfermería de la Comunidad Valenciana; 2000.
9. Lison Tolosana C. Perfiles simbólico-morales de la cultura gallega. Madrid: Akal; 1981.
10. Melara Navío AG. El Corán. Traducción comentada. Palma de Mallorca: Nuredduna Ediciones; 1998.

-
11. Atxotegui J. Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. En: DC. Formación para la comprensión de la multiculturalidad. IASS, ADUNARE, SOS Racismo y Gobierno de Aragón [texto na Internet]. [citado 2009 mar. 1º]. Disponible en: <http://www.radioecca.org/cursosonline/inmigracionhoy/curso/doc5.pdf>
 12. Goytisolo J. De la Ceca a la Meca. Madrid: Alfabeta; 1997.
 13. Losada Campo T, Bayt al-Taqa. La mujer inmigrante marroquí en España. En: Congreso Mujeres, Democracia y Desarrollo en el Magreb; 1993; Madrid, España [evento na Internet]. Madrid: Fundación Pablo Iglesias; 1993. [citado 2008 maio 1º]. Disponible en: http://www.afrol.com/es/Categorias/Mujeres/especial_marroqui.htm
 14. Sanz Barbero B, Castillo Rodríguez S, Mazarrasa Alvear L. Uso de los servicios sanitarios en las mujeres inmigrantes de la comunidad de Madrid. Metas Enferm. 2004;7(1):26-32.
 15. Moreno Preciado M. La relación con el paciente inmigrante: perspectivas investigadoras. Index Enferm. 2005;14(50):25-9.
 16. Fanon F. La mujer argelina: su papel como factor de resistencia anticolonial. Rev Alfil [periódico na Internet]. 2006 [citado 2008 abr. 29];(43). Disponible en: <http://www.libreria-mundoarabe.com/Boletines/n%BA43%20Nov.06/AlifNun43.html>
 17. López Reusch E. Mujeres inmigrantes y violencia de género. En: Federación Mujeres Progresistas [texto na Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Integración de los Inmigrantes; 2009. [citado 2009 mar. 1º]. Disponible en: http://www.antiviolenzadonna.it/menu_servizio/docuemtni/normativa/id311E.pdf

Anexo I - Esquema de Entrevista semiestructurada

Datos sociodemográficos

Nombre y apellidos

Edad

Lugar de residencia antes de venir a España

Tiempo que lleva en España

Tiempo que lleva en Arteixo

Estudios: analfabeta, primarios, bachillerato, universidad

¿Con quién vive?

-
- 1 ¿Cuáles y como son sus comidas habituales? Hubo cambios en su dieta, tiene dificultad en conseguir algunos alimentos...
 - 2 ¿Qué tal duerme?
 - 3 ¿Cómo te vistes habitualmente? ¿Has cambiado tu forma de vestir, como te gusta?
 - 4 ¿Cómo vive el cambio de clima?
 - 5 ¿Como consideras tu salud? ¿Haces algo para cuidarte?
 - 6 ¿Fuiste alguna vez en Arteixo al centro de salud o al hospital? ¿Por que? ¿Tuviste algún problema en la atención? ¿Qué te pareció? ¿Cómo te sentiste?
 - 7 ¿Consumes habitualmente algún medicamento?
 - 8 ¿Puede comunicarse con los demás?
 - 9 ¿Qué haces en tu tiempo de ocio? ¿Quiénes son tus amigos-as?
 - 10 ¿Puede practicar su religión o vivir según sus creencias?
 - 11 ¿Cómo consideras que son tus relaciones afectivas y sociales?
 - 12 ¿Trabajas en la actualidad?