



# Claves contextuales para la detección de la violencia de género en mujeres inmigradas del Magreb



# **Claves contextuales para la detección de la violencia de género en mujeres inmigradas del Magreb**

## **Coordinación y elaboración**

Fundación CeiMigra

Luisa Melero Valdés

Luis Díe Olmos

[www.ceimigra.net](http://www.ceimigra.net)

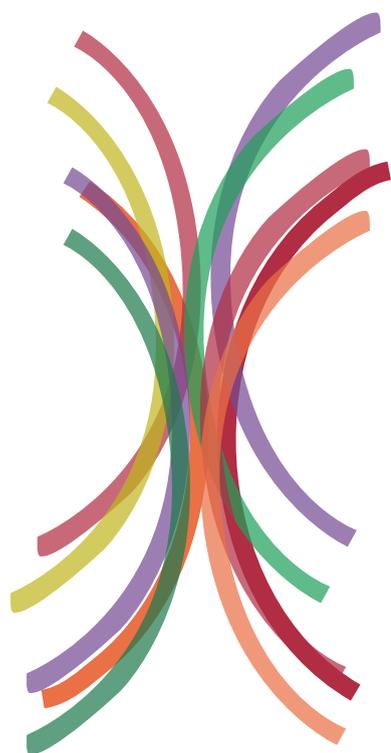
## **Diseño y maquetación**

Pau Usach

[www.cocreativos.cc](http://www.cocreativos.cc)

# Índice

<b>1. Breve contextualización sobre el Magreb .....</b>	<b>3</b>
1.1 La población magrebí en España y la Comunitat Valenciana	5
1.2 Diversidad lingüística	13
1.3 Tierras de tránsito y emigración	14
<b>2. Los sistemas de relación en Marruecos y Argelia: el lugar de las mujeres.....</b>	<b>15</b>
2.1 La familia	16
2.2 El origen rural o urbano y el nivel de formación	17
2.3 Diversidad religiosa	17
2.4 Avances en movimientos que trabajan por la equidad de género	19
<b>3. El sistema de salud en el Magreb .....</b>	<b>20</b>
<b>4. Concepciones y hábitos en torno a la salud.....</b>	<b>22</b>
4.1 Durante la consulta y la exploración rutinaria	24
4.2 Modos de comunicación	25
4.3 Sentido de la enfermedad y sentido de la vida	26
4.4 Afecciones frecuentes y medicación	27
4.5 Sexualidad y reproducción	28
<b>5. Concepciones de mujeres magrebíes sobre la violencia de género.....</b>	<b>30</b>
<b>6. Recomendaciones de mujeres magrebíes para hablar de violencia de género en la relación     sanitaria .....</b>	<b>35</b>
6.1 Valoraciones y recomendaciones sobre el uso del cuestionario AAS	36
6.2 Valoraciones y recomendaciones sobre el uso del cuestionario DA	38
<b>7. A modo de conclusión .....</b>	<b>40</b>
<b>Bibliografía de interés .....</b>	<b>42</b>



# 1 Breve contextualización sobre el Magreb

Para adquirir una visión completa del análisis desarrollado en este cuaderno será necesario leer previamente el cuaderno 1, sin el cual será difícil comprender en profundidad lo trabajado aquí. Ambos conforman una unidad.





**El Magreb está formado por los países occidentales de cultura árabe.** De hecho, la expresión <<al-Magrib>> significa “el poniente”. Sin embargo, no conviene olvidar que **la heterogeneidad y las diversidades de cualquier sociedad y país están también presentes en los denominados países árabes.**

Podríamos señalar, por ejemplo, la delicada y sensible cuestión de las **desigualdades, que en algún caso llegan a ser fracturas sociales, entre la población de cultura árabe y la población de cultura berebere o amazigh** (alrededor de un 35% o 40% en Marruecos; alrededor de un 25% en Argelia).

Sin entrar en la cuestión de la igualdad o la participación de las diferentes comunidades en las estructuras de poder y la organización del Estado, **las particularidades de las identidades culturales, religiosas y nacionales, como de la misma organización social y las relaciones personales, pueden variar mucho entre la población árabe y berebere.** Así, pues, caeríamos en un error importante si atribuyéramos características comunes a quienes comparten una “nacionalidad” (¿un pasaporte?) común.

Por el contrario, **las relaciones entre “árabes” y “bereberes” no suelen ser sencillas y las diferencias pueden ser importantes.** Si a esto le añadimos las relaciones “entre países”, la diversidad y la complejidad pueden ser enormes: relación entre Marruecos y Argelia, la ocupación del Sahara Occidental por parte de Marruecos, la internacionalidad del pueblo berebere, las cuestiones fronterizas, la utilización de estos países como “frontera sur de Europa”...

## 1.1 La población magrebí en España y la Comunitat Valenciana

Aunque **el Magreb está formado por Libia, Túnez, Argelia, Marruecos, el Sahara Occidental y Mauritania**, las enormes diferencias en el peso relativo de estas poblaciones en España (tabla 1), hacen que nos centremos en las personas registradas como **nacionales de Marruecos y de Argelia**.

Ha de tenerse en cuenta, no obstante, **que las personas saharauis, por ejemplo, no aparecen como tales, sino como nacionales de Marruecos, por lo que hay que tener cierto cuidado con las cifras y su interpretación**. Mucho más si se contempla el papel que desempeñó España en la ocupación del territorio saharauí, la condición de “Protectorado español” que tenía en el Derecho Internacional e incluso la “deuda” histórica que España contrajo y todavía tiene con el pueblo saharauí.

- De la misma forma, **la inmigración de Marruecos y Argelia a España es ya histórica y muchas de las personas que han ido viniendo, desde los años 60 del pasado siglo, tienen nacionalidad española** (tabla 1).

- Esto hace que **las diversidades de todo tipo no puedan restringirse a los números de personas extranjeras**. Asimismo, ello muestra que **la diversidad en todas las sociedades ha adquirido un carácter permanente** (tabla 2).

Igualmente, **las hijas e hijos de padres magrebíes que han nacido y crecido en España, por lo general, siguen manteniendo la nacionalidad de origen**, aunque tendrán más elementos en común con la sociedad española que con las de origen de sus padres. Por ello, no puede aceptarse, y cada vez menos, la nacionalidad como sinónimo de diferencia.



**Tabla 1. Población total del Magreb residente en España, 2002-2012**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>ARGELIA</b>	28.921	36.301	39.425	46.278	47.079	45.813	51.922	56.201	58.129	60.912	<b>62.912</b>
<b>MARRUECOS</b>	307.458	378.979	420.556	511.294	563.012	582.923	652.695	718.055	746.760	773.995	<b>788.563</b>
<b>MAURITANIA</b>	5.168	6.782	7.443	9.611	9.652	9.271	9.916	11.468	11.684	11.690	<b>11.510</b>
<b>TÚNEZ</b>				1.566	1.642	1.544	1.741	1.879	1.962	1.997	<b>2.061</b>

Fuente: elaboración de CeiMigra a partir de los datos del Padrón (INE), disponibles online el 27-2-2013.

**Tabla 2. Personas extranjeras y españolas nacidas en los países del Magreb. Hombres y mujeres**

2012	EXTRANJEROS			ESPAÑOLES NACIONALIZADOS		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
<b>ARGELIA</b>	<b>56.085</b>	38.438	17.647	<b>6.751</b>	3.730	3.021
<b>MARRUECOS</b>	<b>651.207</b>	393.220	257.987	<b>128.274</b>	67.809	60.465
<b>MAURITANIA</b>	<b>10.341</b>	8.289	2.052	<b>797</b>	557	240
<b>TÚNEZ</b>	<b>2.215</b>	1.526	689	<b>587</b>	383	204

Fuente: elaboración de CeiMigra a partir de los datos del Padrón a 1-1-2012 (INE), disponibles online el 27-2-2013.

Hechas estas aclaraciones, conviene destacar que **ninguna población procedente de estos países se distribuye por igual en el territorio español** (ver gráficos 1 al 4).

- **Marruecos y Argelia son las dos nacionalidades africanas principales por el número de residentes en España.**

Sin embargo, **si se observan las cifras de mujeres (de todas las edades) por provincias, resulta difícil dramatizar sobre la presencia de cada uno de los grupos nacionales.** Otra cosa es **cómo se distribuye cada grupo**, por ejemplo, dentro de los servicios sanitarios en un determinado municipio. Es ahí donde puede encontrarse cierta concentración, provocada por la adscripción a los servicios de que se trate por zona de residencia dentro de cada municipio.

- **Alicante y Valencia son las dos provincias españolas con mayor número de mujeres de nacionalidad argelina** (3.396 y 2.392 mujeres, respectivamente). A más distancia, les siguen, por este orden, **Zaragoza, Barcelona, Álava, Navarra y Castellón.**
- **Marruecos**, con la salvedad hecha de la población saharui registrada como marroquí, **es la segunda nacionalidad en importancia en España, tras Rumania.** En este caso, las cifras provinciales de residentes marroquíes son excepcionalmente altas, junto con las de

Rumanía, por ser las dos nacionalidades mayoritarias.

- Las provincias españolas con mayor presencia de mujeres registradas como marroquíes son, por este orden, **Barcelona, Madrid, Murcia, Gerona y Tarragona, Almería, Alicante y Málaga.**

Como puede observarse en los gráficos 3 y 4, **la presencia de mujeres de nacionalidad mauritana y tunecina en España es sumamente escasa.** Si nos fijamos en la Comunidad Valenciana, estaríamos hablando de un total de 178 y de 99 mujeres, respectivamente, en toda la Comunidad.

- Dicho esto, por tanto, **el Magreb presente en España se reduce prácticamente a Marruecos y Argelia, lo cual puede facilitar determinados procesos de difusión, sensibilización y formación.**
- La importancia relativa del número de mujeres presentes en cada provincia, hace que estas deban ser uno de los grupos de población prioritarios en cualquier medida que mejore la atención a las personas inmigradas. Esta prioridad ha de tener en cuenta que mayor número no significa mayor incidencia relativa de las situaciones. Por ello, **al criterio del número de personas, habría que añadir el de la incidencia relativa para un uso óptimo de los recursos.**

**Gráfico 1. Mujeres de nacionalidad argelina residentes en cada provincia**



Fuente: elaboración de CeiMigra a partir de los datos del Padrón a 1-1-2012 (INE). Disponibles online el 27-2-2013.

**Gráfico 2. Mujeres de nacionalidad marroquí residentes en cada provincia**



Fuente: elaboración de CeiMigra a partir de los datos del Padrón a 1-1-2012 (INE). Disponibles online el 27-2-2013.

**Gráfico 3. Mujeres de nacionalidad mauritana residentes en cada provincia**



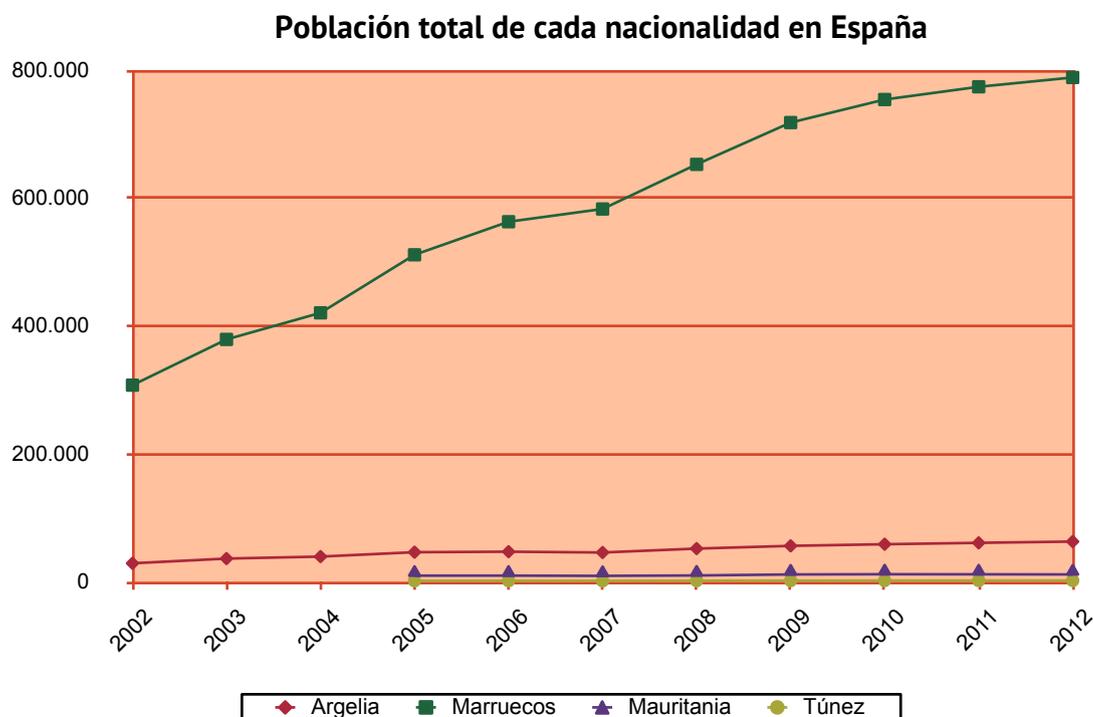
Fuente: elaboración de CeiMigra a partir de los datos del Padrón a 1-1-2012 (INE). Disponibles online el 27-2-2013.

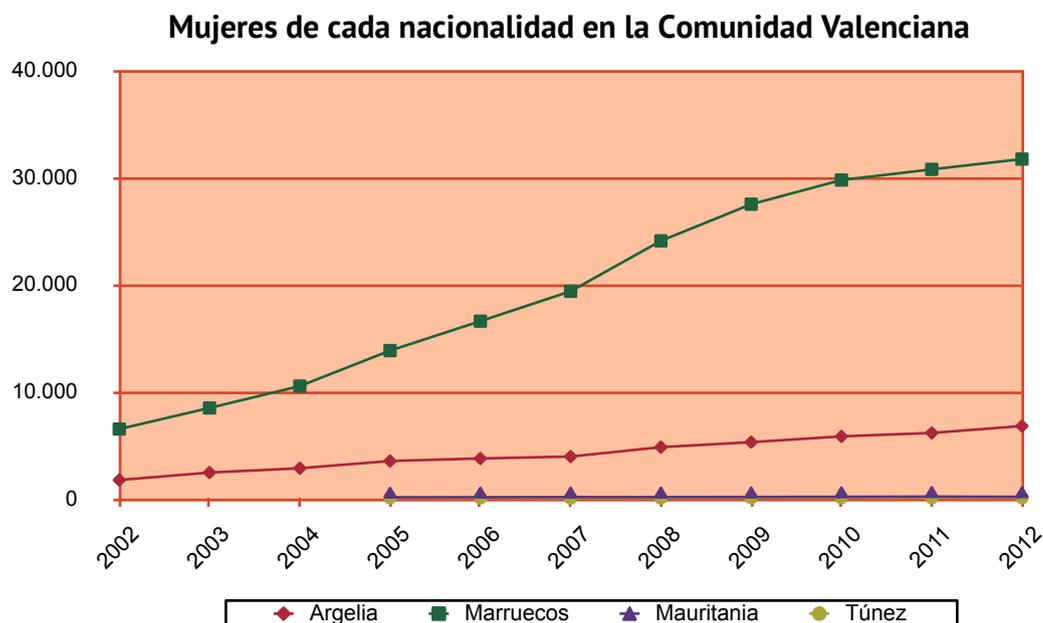


La evolución, tanto de la población magrebí residente en España como de las mujeres residentes en la Comunidad Valenciana (gráfico 5) muestra, aun con mayor claridad, que **las personas magrebíes en España son principalmente marroquíes y, muy de lejos en número, argelinas; y que las personas mauritanas y tunecinas son muy pocas en número**

- Además, podemos ver que **las personas de Marruecos y Argelia no han disminuido en España, durante la crisis, a pesar de las nacionalizaciones.** En el gráfico de las mujeres magrebíes en la Comunidad Valenciana podemos ver la mayor **proporción de personas argelinas en esta comunidad autónoma, respecto a la que se observa en el conjunto del Estado.**
- Se observa, igualmente, el **crecimiento constante del número de mujeres magrebíes en la Comunidad Valenciana.**

**Gráfico 5. Evolución de la población magrebí en España y en la Comunidad Valenciana**





Fuente: elaboración de CeiMigra a partir de los datos del Padrón. Disponibles online el 27-2-2013.

## 1.2 Diversidad lingüística

La lengua oficial del Magreb es el árabe, aunque al menos un 25% de la población utiliza el Tamazight y otras variantes bereberes. Los alfabetos y los códigos lingüísticos entre ambas lenguas son completamente diferentes.

Además, el árabe posee una gran cantidad de variaciones entre regiones y países aunque la base lingüística sea la misma.

Normalmente, para los negocios, el gobierno y la diplomacia se utiliza el francés. No obstante, la población que habla francés es aquella que ha tenido la oportunidad de estudiar y cuyo nivel socioeconómico es medio-alto.

- El árabe es una lengua caracterizada por una polisemia muy fuerte, de modo que, dependiendo del contexto, las mismas palabras pueden significar unas cosas u otras.

Esta característica es muy importante para el contexto sanitario cuando las mujeres –o quienes ejercen de traductores/as- no tienen un dominio muy alto de la lengua castellana y/ o valenciana, dado que la falta de dominio puede llevar a realizar traducciones incorrectas y, con ello, dar pie a malentendidos en la comunicación con las/os profesionales.

## 1.3 Tierras de tránsito y emigración

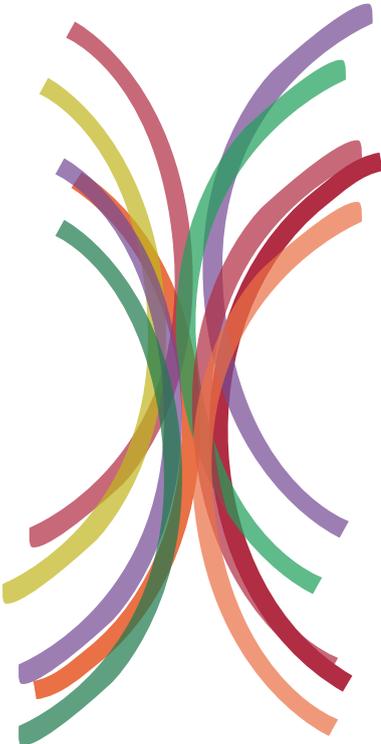


**El Magreb es un territorio tradicional de paso de migrantes que proceden del África Subsahariana hacia Europa, especialmente el sur de Marruecos y Argelia. Sin embargo, en muchos de los casos los países de tránsito se convierten en países de destino no deseado, debido a las condiciones adversas que implican continuar el viaje y la creciente política de control y cierre de fronteras en Europa.**

**Habitualmente el tránsito por estos países implica pasar por tierras desérticas y muchas**

**personas mueren en el camino.** Muchas mujeres migrantes son violadas como consecuencia de su desprotección en manos de mafias, corrupción y ausencia de políticas protectoras de las personas en situación irregular.

**Las políticas migratorias de acogida no están suficientemente desarrolladas pese a la alta afluencia de personas inmigrantes que reciben. Ante todo, se siguen considerando países de emigración.**



# 2 Los sistemas de relación en Marruecos y Argelia: el lugar de las mujeres



## 2.1 La familia



- Generalmente el núcleo organizador de la vida cotidiana se construye en torno a la **familia extensa**, con estrechos vínculos entre sus miembros y descendencia patrilineal, lo que hace que sea el apellido masculino el que dé continuidad a la unidad familiar.

Los ancianos son muy respetados, especialmente los hombres, y cuando estos mueren dejan su lugar **al hijo mayor, quien recibe la tarea de mantener la unidad y la estabilidad familiar.**

Junto con los fuertes vínculos internos, la **movilidad geográfica es frecuente** y el **apoyo y la solidaridad familiar** en la acogida y asistencia a sus familiares es una dinámica muy habitual.

Sin embargo, son las mujeres las que **con frecuencia sostienen la mayor carga de trabajo dentro del hogar y, en muchas ocasiones, también fuera.** Ellas son las **cuidadoras de las personas ancianas, de hijas e hijos, y las transmisoras de la cultura familiar.**

Aunque existen muchas diferencias internas, **es frecuente que, sobre todo en las zonas más rurales, los niños y niñas ayuden a las familias en el trabajo desde temprana edad, una vez alcanzada la pubertad.** Es frecuente que a las niñas se las retire antes de la escuela para ser educadas por las madres en el mejor modo de **ser esposas y ocuparse de la casa.** De este modo, es frecuente que su vida cotidiana se desarrolle ayudando a sus madres o trabajando en casas de terceras personas.

- **Las relaciones de pareja y el modo de vivirlas son asuntos del ámbito privado y se hablan, en general, entre mujeres con mucha vinculación personal.**

## 2.2 El origen rural o urbano y el nivel de formación

Los roles de género, los valores asumidos por las mujeres, el nivel de vinculación religiosa, así como su modo de interpretar la misma, pueden diverger mucho en función del origen rural o urbano, y de las oportunidades de formación de los padres, madres, y de las propias hijas.

Como suele suceder, **los contextos rurales tienen un índice de alfabetización y formación mucho más bajo, lo que refuerza los patrones de funcionamiento más tradicionales**, tanto en lo relativo a los roles de género dentro y fuera del núcleo familiar como en lo relativo al modo de entender y vivir la identidad y la práctica religiosa.

## 2.3 Diversidad religiosa

Los organismos internacionales consideran que la **práctica totalidad de la población es musulmana-suní, junto a un 1% de religión cristiana y solo 2 de cada 10.000 habitantes practican la religión judía. No obstante, estos datos oficiales no tienen en cuenta los procesos de secularización crecientes, aunque todavía minoritarios.**

También pueden ser localmente significativos **los mestizajes, préstamos e hibridaciones étnicas y culturales -y su traducción en la identidad y la práctica religiosa- con el África Subsahariana**, a través de las personas en tránsito o en las fronteras del sur de Mauritania, Argelia y Libia.

- No obstante, el islam es muy diverso: existen versiones más ortodoxas y vinculadas al culto en las mezquitas, otras versiones más sincréticas y adaptadas al ámbito rural que conviven con tradiciones ancestrales, y aquellas **otras versiones del islam menos ortodoxo que intenta difundir una visión más acorde con el momento actual, acentuando principios básicos a vivir dentro de la religión musulmana, como la equidad de género.**

Asimismo, no debe olvidarse que **también hay una minoría de familias y mujeres árabes no musulmanas; es decir, hay mujeres árabes de Marruecos y Argelia que no son practicantes ni creyentes.**



**Para las personas creyentes la religión musulmana tiene una fuerte influencia en su vida cotidiana y ello se concreta en cinco dimensiones de la vida:**

- ▶ **Dar testimonio** de su fe en Dios y en su profeta (Mohammed).
- ▶ **Orar** cinco veces al día en dirección a la Meca. Es habitual que, sobre todo los hombres, vayan a la mezquita a orar, especialmente los viernes, que es su día sagrado. Aunque las mujeres también pueden orar en la mezquita, no es obligatorio para ellas la asistencia, por lo que es frecuente que se queden orando en casa.
- ▶ **Dar limosna y practicar la hospitalidad.**
- ▶ **Abstenerse y aprender a dominar el cuerpo** como un modo de avance en el acercamiento a Dios y en el perfeccionamiento personal. El ayuno en el mes de Ramadán es un signo de ello.
- ▶ **Peregrinar**, al menos, una vez en la vida a la Meca.

## La concepción del cuerpo

**La religión musulmana está a favor de la vida y, por tanto, de la salud de las personas.**

**El cuerpo se concibe como el vehículo hacia Dios** y, en este sentido, ha de ser cuidado y bien tratado.

**La concepción del cuerpo y el modo de vestir para no despertar deseo, tanto en hombres como en mujeres, les lleva a cuidar mucho el contacto corporal en la relación hombre-mujer, siendo la relación muy afectiva entre personas del mismo sexo y con un alto nivel de expresividad corporal.** Todo ello hace que, en la relación sanitaria, **prefieran ser atendidos/as por profesionales del mismo sexo.**

En relación al cuerpo, es importante comprender que, **aunque llevar velo tiene raíces religiosas, en sí mismo no es un signo de imposición, ni de maltrato, ni de sumisión.**

**La mujer que lleva velo puede llevarlo libremente, como una decisión personal, y actualmente existen razones culturales e identitarias, no necesariamente religiosas,** que llevan a muchas mujeres a llevarlo sin sentirse por ello sometidas ni coartadas.

A su vez, ello no quiere decir que no existan casos en que los padres, por tradición, y por determinadas interpretaciones religiosas, obliguen a sus hijas a llevarlo y que pueda ser, como cualquier instrumento, un objeto de control y sumisión.



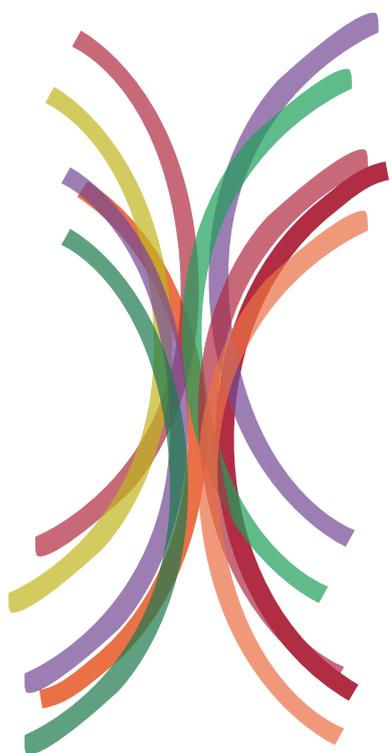
## 2.4 Avances en movimientos que trabajan por la equidad de género

- Aunque países como Marruecos tienen una larga trayectoria en distintos movimientos que han trabajado por una mayor participación de las mujeres en la vida pública, **es después de la independencia y, especialmente, desde la década de los 80 del pasado siglo cuando han proliferado un mayor número de movimientos en el Norte de África y en Oriente Medio que trabajan por los derechos humanos de las mujeres y las diversas formas de discriminación y violencia contra ellas.**
- Entre las primeras asociaciones se encuentran la Asociación Democrática de Mujeres Marroquíes (ADFM), que surgió el 1985 de la sección de mujeres del Partido Comunista Marroquí y el Partido del Progreso y el Socialismo (PPS). Asimismo, la **Unión de La Acción Femenina (UAF)** se creó en 1987, aunque procedía de otro movimiento anterior compuesto por diferentes movimientos de izquierda y mujeres independientes. Estos movimientos **persiguen la abolición de todas las formas de discriminación contra la mujer y trabajan específicamente en materia de violencia de género.**
- **El apoyo internacional fomentó la creación de redes transnacionales regionales** -como el **Colectivo Magreb Igualdad**, en 1992; la Red regional árabe para eliminar la violencia -Salma-, o el **Foro de mujeres árabes -Aisha-**, así como la participación en redes y organizaciones internacionales ya existentes, Naciones Unidas, entre otras.

Esta generación de mujeres **decidió crear asociaciones orgánicamente independientes, aunque estrechamente vinculadas a algunos partidos políticos**, ante los impedimentos que encontraron en estos para desarrollar sus objetivos.

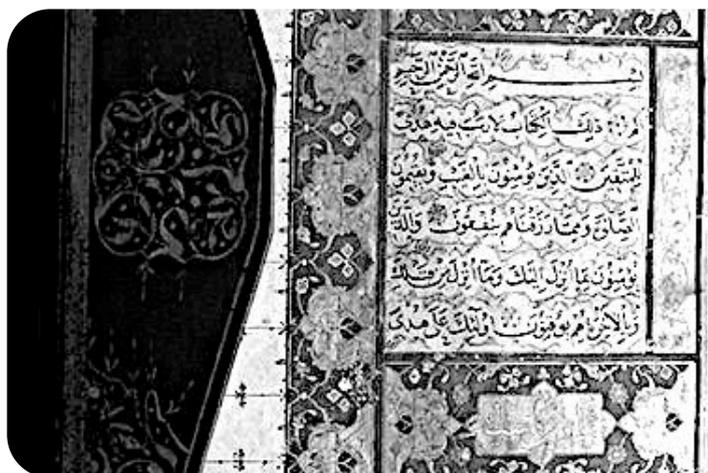
**El apoyo internacional ayudó a su desarrollo durante los años 90**, destacando la **reivindicación de mejoras en los derechos laborales y en la educación**, pero el sufragio no era una cuestión prioritaria y, en cambio, sí se otorgaba gran importancia a una **mejora en el estatuto personal (tutela, elevar la edad del matrimonio, eliminación de la poligamia, regulación de la figura del divorcio, herencia, etc.)**. Esta época viene acompañada de importantes cambios sociales como la disminución de la población rural o la mejora en el acceso a la enseñanza.

Durante los últimos años el apoyo internacional ha fomentado el trabajo por la **equidad de género a través de diversos proyectos del tercer sector, fundamentalmente ONGs.**



# **3** El sistema de **salud** en el Magreb





- Tanto en Marruecos como en Argelia los sistemas de salud tradicional y occidental coexisten, aunque este último es más frecuente en el ámbito urbano y el tradicional es más utilizado en el ámbito rural.

El uso de la medicina tradicional viene potenciado, además de por la tradición y la accesibilidad, porque las medicinas son más caras y los pacientes han de cubrir una parte de la asistencia sanitaria.

- La asistencia sanitaria en Marruecos y Argelia no es universal ni gratuita. Y, dado que la mayoría de la población trabaja en la economía informal y no cotizan al Estado, no tienen cobertura de un sistema sanitario público.

Además, en lugar de ampliar la cobertura pública, se han desarrollado sistemas de salud privados en función de la capacidad adquisitiva

de cada familia, lo que deja en clara desventaja a aquellas con peores condiciones económicas.

Aunque existen grandes diferencias entre la salud pública y los diferentes tipos de asistencia privada, el número de hospitales y de personal médico por habitante es muy insuficiente, especialmente en las zonas rurales, se dan aún serios problemas de higiene y los índices de mortalidad infantil y juvenil siguen siendo altos.

La medicina tradicional es ejercida generalmente por curanderos/as o por *fiqs* -formadores que curan a través del Corán, a través de la creencia en algunos santos-. En muchos casos la medicina tradicional se utiliza para evitar el mal de ojo o el ataque de los *djins* (espíritus malignos). Se cree que estos últimos es que atacan sobre todo a recién nacidos y a mujeres a punto de dar a luz. Estas creencias perviven sobre todo en el ámbito rural.



# **4** **Concepciones** **y hábitos en** **torno a la salud**





Henna By Heather

- **Generalmente las personas que proceden del Magreb confían en el sistema de sanidad occidental.**
- **Si padecen malestares puntuales, en muchos casos los tratan con la medicina tradicional o con remedios caseros transmitidos entre mujeres de generación en generación.**

**La alimentación moderada y equilibrada tiene una alta importancia en el modo de mantener y recuperar la salud.** De este modo, existen alimentos muy potenciados (el agua, la leche,

el pan, las verduras, el pescado) y otros que son prohibidos por ser considerados perjudiciales (carnes, especialmente de cerdo, o alcohol).

**Los hábitos de higiene son muy importantes para las familias árabes; lavarse equivale a purificarse** y, por ejemplo, las manos se lavan antes y después de las comidas; antes de rezar; después de una relación sexual; se recomienda un baño especial los viernes; existen baños comunitarios (hammam) como espacios de descanso y diálogo con personas del mismo sexo, etc.

## 4.1 Durante la consulta y la exploración rutinaria

- Aunque no en todos los casos, puede existir dificultad para la exploración debido al pudor que les supone mostrar ciertas partes del cuerpo. El contacto físico entre un hombre y una mujer no suele darse si no son pareja, aunque puedan existir excepciones (por ejemplo, cuando existen lazos muy estrechos en una relación familiar o de amistad).

En las consultas marroquíes, en general, **junto al médico que atiende siempre hay una enfermera, de modo que la relación dentro de la consulta es de tres personas**, y no de dos. De este modo el **contacto corporal con la mujer lo establece la enfermera cuando el médico es hombre**.

En nuestro contexto, **la mujer puede ir sola a la consulta o puede que vaya acompañada de su marido** (o de una tercera persona) para evitar esta situación de dos. En ocasiones, él puede tomar la palabra para hablar de su esposa.

**El comportamiento público y privado de la mujer es muy distinto: es habitual que en los espacios públicos ella ceda el poder de**

**comunicar a su marido, aun si es sobre la salud de ella misma.**

**Esto puede hacer que el profesional se violente**, no entienda por qué ella –como individuo- no comunica lo que está sintiendo, cambie el tono de voz, y ello haga que tanto la mujer como el marido sientan que el/la profesional está molesto/a y no entiendan por qué, **lo que, a su vez, puede generar una mala predisposición por parte de ambos –paciente y marido- a colaborar.**

Por ello, **plantear una situación de atención primaria donde pueda haber dos profesionales –uno de ellos, mujer- puede facilitar el trato directo con las mujeres atendidas sin la presencia de ninguna persona allegada a ella.**

## 4.2 Modos de comunicación

**La comunicación, en general, es muy directa y expresiva en las relaciones entre iguales.**

- Sin embargo, **en relaciones verticales**, como pueden ser las relaciones con profesionales sanitarios, **puede que mantengan una comunicación mucho más formal, distante, incluso pasiva, y que, en ocasiones, utilicen el ocultamiento o la negación de la realidad como estrategia para no contrariar al/a profesional.**
- **Necesitan tiempo para entablar una relación de confianza, y ello hace que la prisa de quien les atienden les pueda violentar e impedir este objetivo.**

**El tiempo que se maneja, en general, en los países del Magreb es un tiempo policrónico, sobre el monocrónico más propio de las sociedades europeas occidentales.** El referente policrónico permite gestionar los tiempos con mayor flexibilidad, de modo que la puntualidad y la rigidez en el orden y los tiempos no son tan importantes. En el tiempo monocrónico, en cambio, los turnos de cada actividad están muy definidos, así como los horarios y lugares para cada una de ellas.

**Cuando existen problemas de salud anímica o psicoafectiva -depresión, ansiedad o trastornos psicósomáticos son los más comunes- acuden solo a los servicios de salud si se dan problemas**

**graves.** En algunos casos existe mucha reticencia a admitir el problema porque puede considerarse sinónimo de enfermedad espiritual.

En este sentido, **trabajar con las mujeres para que puedan comprender que desde el sistema sanitario occidental las emociones forman parte de la salud y que es importante hablar con los profesionales de estos temas -cuando ellas quieran- para conseguir un mejor bienestar, resulta una clave fundamental.** Lo contrario, preguntar por sentimientos o por la vida emocional de las mujeres sin especificar todo ello puede llevar a la **negación de la realidad por parte de las mujeres como un modo de auto-protección.**

**El sistema sanitario español está diseñado para usuarios alfabetizados en lenguas latinas.** Por ello, tanto las personas analfabetas como aquellas que proceden de sistemas de lectoescritura distintos, tienen serios problemas para comprender los formularios y procedimientos que han de completar o leer aunque sepan leer castellano.

**Una técnica que aumenta la comprensión de la información ofrecida por las/os profesionales es el uso de dibujos o utilizar con mayor intensidad el lenguaje gestual mientras se habla o explica.** La **mirada atenta pero respetuosa** puede ser, también, una herramienta muy útil, sobre todo en la comunicación entre personas del mismo sexo.



## 4.3 Sentido de la enfermedad y sentido de la vida

**El sentido de destino hace que en muchos casos se acepte la enfermedad o la adversidad con resignación**, como un modo de ponerse a prueba y expiar los propios pecados. **La vida se entiende como prueba y camino de paso hacia otra vida mejor**. De este modo, la existencia no acaba con la muerte.

Todo ello, **visto desde unos parámetros occidentales, puede ser valorado muy negativamente, generar impotencia y hasta reacciones contra el/la paciente**. Más aún si en esa adversidad –que ha de aceptarse– se incluye una relación de violencia de género.

- No obstante, **es posible respetar a la persona y entender el origen de sus creencias, pero animándole a buscar alternativas de solución desde su marco de interpretación, por ejemplo, como parte de un destino que puede estar queriendo buscar su recuperación y su bienestar**.

Además, **en el momento en que la persona sienta que el profesional está con ella buscando su bien se sentirá comprendida con mayor facilidad**; de lo contrario, será probable que abandone y deje de asistir a consulta aun en caso de necesidad.

Tener a mano alguna frase significativa o, en el caso de que la persona sea musulmana, un versículo del Corán o un hadiz<sup>1</sup> que insista en este sentido, puede ser una ayuda eficaz. Uno de los hadices dice: *“El más completo de los creyentes en su fe es el de mejor carácter. Y el mejor de vosotros es el mejor de vosotros con sus mujeres”*<sup>2</sup>.

**Utilizar determinados saludos o expresiones en árabe también puede ayudar a generar complicidad y un clima de confianza**, dado que implícitamente se está legitimando el lenguaje y la tradición de la otra persona. Un ejemplo puede ser saludar en árabe, *“salam alaikum”*, que suele responderse cambiando el orden de las palabras *“alaikum salam”*, o hablar desde sus categorías atribucionales: *“si Dios quiere”* o *“insha allah”*.

- También puede ser importante evitar realizar afirmaciones tajantes sobre lo que va a suceder, pues para quienes profesan su fe en el islam **el futuro está determinado por Allah, al igual que la curación o el fin de su problema**. Lo que pueden hacer las personas es tener una actitud de curación y de favorecer que Allah haga su voluntad.

<sup>1</sup> Los hadices son relatos que recogen palabras y acciones del Profeta Mahoma y constituyen la base de la tradición (o Sunna).

<sup>2</sup> Relatado por At Tirmidi (Hadiz Hasan Sahih).

## 4.4 Afecciones frecuentes y medicación

Es frecuente que las mujeres vengan a consulta para pedir alguna medicación que alivie sus síntomas de dolor. En este sentido, **es importante preguntar si se están utilizando otras medidas caseras o tradicionales, ya que el medicamento recetado puede estar contraindicado o ser incompatible con aquellas.**

Asimismo ha de tenerse en cuenta **si la paciente está en periodo de Ramadán**, ya que puede haber problemas para ingerir medicamentos durante las horas de ayuno y será importante que el profesional tenga en cuenta la mayor compatibilidad de la toma con los horarios de ingesta de alimentos.

- **Las duras condiciones de vida asociadas a la migración y la falta de oportunidades en las que pueden encontrarse las familias inmigradas magrebíes hace que con frecuencia estas dificultades puedan expresarse a modo de somatizaciones:** cefaleas, dolor de estómago, dolor lumbar, ansiedad, depresión, dolor inespecífico y mantenido...
- **Si la sintomatología no es infecciosa y las manifestaciones responden a un dolor –sea intenso o no- que se mantiene y no tiene origen orgánico puede que la persona esté somatizando sus malestares emocionales en dicho dolor.** Este malestar emocional puede venir dado **de las condiciones de vida comentadas anteriormente, o esconder un problema mayor de violencia de género.**
- Por ello, ha de tenerse **mucha cautela al recetar y medicar, dado que el dolor al que se atiende puede estar ocultando una posible relación de violencia** (del tipo que sea) y, en la medida que ese dolor se calme y no se explore más allá, se puede estar prolongando la relación violenta.

Por este motivo, **explorar qué hay más allá del dolor físico antes de medicar puede ser un paso clave en la detección precoz de la violencia de género.** En el caso de que la relación sea demasiado inicial, puede **explorarse ese malestar durante el tratamiento**, a través de una consulta de seguimiento, o aprovechando la necesidad de renovar la receta.

Para una persona creyente la oración es el mejor modo de encontrar la sanación junto a la medicación tradicional u occidental. Por ello, **enmarcar el conjunto del tratamiento o las recomendaciones incluyendo sus prácticas habituales de oración, por tanto, sin cuestionarlas,** puede ayudar a que avance su capacidad de apertura y escucha hacia lo que el/la profesional tenga que preguntarle o decirle.



## 4.5 Sexualidad y reproducción



- La sexualidad, en general, y la reproducción son temas del mundo privado. La sexualidad se habla entre mujeres, raramente se habla en público y, menos aún, si existe una relación desigual entre los interlocutores, como es el caso de la relación de las mujeres con las/os profesionales sanitarios. **Del mismo modo ocurre con lo relativo a la menstruación**, que se considera impura por la presencia de sangre.

En el islam se concibe la sexualidad como placer y reproducción, siempre que sea dentro del matrimonio. La sexualidad, por tanto, es un asunto que se cuida y se trata de vivir del mejor modo. Los métodos anticonceptivos se permiten, no así el aborto, y muchas mujeres los utilizan cuando los conocen.

Las mujeres tienen la obligación de guardar la virginidad hasta el matrimonio, lo cual es signo de honor de la familia y ello puede certificarse por un médico como requisito antes del matrimonio.

Es frecuente que los varones pueden solicitar la circuncisión. Es una práctica cultural y religiosa y, además, a nivel de salud beneficia a las personas con una mejor higiene y salud sexual. **Esto debe diferenciarse con mucho de la mutilación genital de las mujeres**, la cual, además de estar prohibida en nuestro Estado de Derecho, no es practicada por la población magrebí.

Cuando existen problemas de salud sexual se tarda en asistir y suele ser esperable para ellas que las profesionales que les atiendan sean mujeres. Se suele hacer alusión a estos problemas como “el frío”, al igual que hablan de la menstruación en lenguaje figurado como “problemas de estómago”.



## Embarazo y maternidad

- Uno de los mayores objetivos de una mujer magrebí, en general, es ser madre. La maternidad, de este modo, está ligada a la mayor valoración social y familiar. Durante el embarazo y el posparto, la mujer es objeto de atenciones y cuidados por parte de toda la familia.

**La asistencia a servicios sanitarios durante el embarazo puede ser escasa, sobre todo en personas procedentes del ámbito rural.** Las náuseas y el malestar inicial no suelen ser causa de consulta y **se tiende a evitar la medicación tanto como sea posible para no interferir en el embarazo.** Asimismo, en muchos casos evitan decir en público que están embarazadas hasta que no pasen los primeros tres meses, como un modo de evitar el mal de ojo y no perder al bebé.

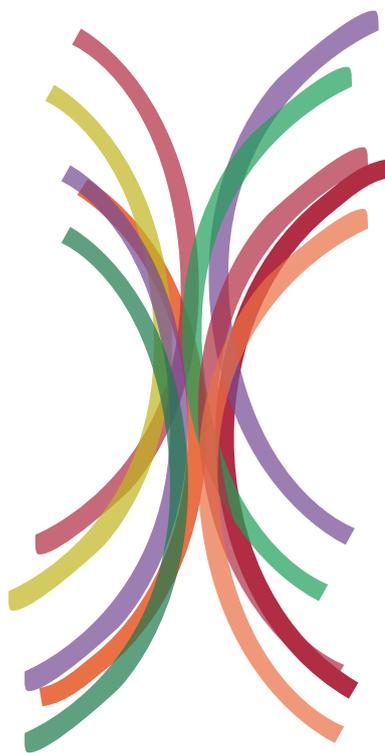
**Tanto el embarazo como la maternidad son dos áreas en las que se puede establecer una relación de confianza con las mujeres mucho mayor, especialmente si las profesionales son mujeres,** y dado que, en lo relacionado con los hijos/as, las mujeres suelen involucrarse mucho y estar especialmente receptivas.

- Por ello, toda acción que refuerce las consultas médicas durante el periodo del embarazo (a través de matronas o enfermeras) o a través de pediatría son muy buenas ocasiones para explorar el mundo emocional de la mujer en relación con la presencia o ausencia de violencia de género.

**Para ellas es muy importante el contacto físico madre-hijo:** prácticamente no se separan de ellos, sobre todo, en el medio rural. **Cuando la madre no puede amamantar a su bebé es costumbre que otra mujer en periodo de lactancia lo haga.** Puede que al recién nacido se le rece en cada oído como signo de la llamada a la oración poco después de nacer. Es frecuente celebrar el nacimiento con una fiesta familiar llamada 'aqiqa' a los siete días. **En ocasiones se le cuelga un amuleto y pueden molestar los halagos al/a bebé, porque se considera que ello puede inducir a la envidia y al mal de ojo.**

Se debe conocer la importancia de la oración para algunas mujeres y familias, ya que, aunque no es una obligación cuando están enfermas, **en muchos casos, si están hospitalizadas después de dar a luz o ingresadas por otro motivo, pueden desear rezar y, para ellas y ellos, es importante disponer de un espacio tranquilo y poder usar el baño para lavarse previamente.**





# 5 Concepciones de mujeres magrebíes sobre la violencia de género<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Este apartado y el siguiente se desarrollan a partir de un estudio cualitativo realizado en 2010 a grupos de discusión de mujeres de 11 procedencias; entre ellos, el de mujeres del Magreb (Marruecos y Argelia).



**Las mujeres entrevistadas son conscientes de que la violencia es un mal general que sucede en todas las sociedades y también en la suya.** En la comparación entre sociedades hacen alusión a distintos tipos de violencia y de presiones sociales en las que **perciben aquí un avance respecto de sus países de origen:**

“Yo creo que está en todas las culturas. Varía según la educación, según la pareja, según el conocimiento, según la intelectualidad, según muchos niveles sociales, entonces ahí puedes encontrar de todo. (...) Es un fenómeno de todas las culturas y ahí inciden muchos factores personales, factores situacionales. Sí, en mi cultura está presente, pero para maximizarla o darle más porcentaje [se da en mayor medida que aquí] no le doy, porque está presente en todas las sociedades”.

“Yo estoy de acuerdo en que en todas las culturas está presente, pero cada cultura tiene un grado. Es la misma, pero a veces tiene causas distintas y tiene consecuencias distintas. Hablando de nuestra cultura, si hacemos una comparación entre nuestra sociedad y la sociedad de aquí, en nuestra sociedad hay muchos tipos de violencia pero la mujer aguanta, traga, pero aquí no. Ahí entra también el factor económico, aquí la libertad, el poder trabajar la mujer, que ella se mantiene a sí misma, no como en nuestra sociedad que la mujer la mantiene el hombre, que si se va a divorciar la sociedad la ve mal, entonces tiene que aguantar. Aquí no”.



Peter van der Sluijs

Las mujeres entrevistadas **reconocían la violencia psicológica además de la física y la multiplicidad de ámbitos en que puede darse:**

“La violencia de género se supone como un maltrato que puede ser físico y también psicológico. (...) Hay varios tipos de violencia, hombre sí, claro, la violencia psicológica y física. Bueno, también la violencia puede ser en muchos sitios: en el trabajo, en la casa, entre parejas, entre padres, entre adolescentes, en la escuela, entonces hay muchos tipos de violencia”.

**Atribuyen como causas principales el sistema patriarcal y la educación. Se apela a la responsabilidad de todos, y especialmente de la educación por parte de las madres, para cambiar este mal:**



“Yo sí que dejaría claro lo del sistema patriarcal, no hay que olvidarlo. El mundo está hecho de esa forma. Del más fuerte es el que más manda, ya no es a nivel religioso. Yo creo que la religión hay que dejarla aparte. El sistema económico mundial y el sistema que está funcionando hoy en día en la Unión Europea y en todos los sitios. Hace dos días el que mandaba en España era el hombre. Hace cuarenta años, la mujer era igual que en Marruecos y hoy en día siguen muchas mujeres igual, pero hay que dejar el tema de la religión, porque la religión no tiene nada que ver con ese tema. Son las sociedades las que tienen que hacer frente a este tema. Es un tema social y hay que enseñar a la mujer y al hombre a educarse de alguna forma distinta”.

“Tiene razón ella, un hombre que maltrata a una mujer no va a cambiar, ni con ella, ni con otra porque sigue siempre así. No digamos que es enfermo, puede ser su carácter, o tiene una imagen mala: cree que él puede mandar siempre, siempre es el primero, siempre manda, siempre habla. Por eso maltrata a la mujer. ¿Un hombre así es un enfermo? Yo creo que no”.

“Vamos a ver, hay que tener en cuenta una cosa muy importante, que la sociedad la hemos compartido y hemos llevado al hombre a este punto. Entonces, no puedes decir a un hombre ‘estás enfermo’, porque la madre es la que educa y la mujer es la que educa y el niño no se hace hombre solo. Se hace hombre en una familia, en un entorno social. Si dices que el hombre está enfermo, entonces la sociedad estamos enfermos todos. Enfermo no es el término adecuado. Para ellos es un privilegio y no quieren bajarse de la silla, punto. Pero no es enfermo, está muy bien consciente de las cosas. Pero claro, a mí me haces todo gratis y genial. La sociedad es la que hace al maltratador y la misma sociedad la que tiene que corregirlo de este error y hacerle entender que no, que hay que cambiar las cosas. Poco a poco, desde luego. Y hay que empezar con el hombre, no sólo con la misma mujer”.

A diferencia de lo que puede esperarse desde un desconocimiento del islam, **se vincula ser un “buen musulmán” con ser un hombre respetuoso y, por tanto, una familia musulmana se asocia con una familia que vive una relación de respeto.**

Implícitamente se hace una **diferencia entre aquellas personas que viven su religión de manera correcta de aquellas otras utilizaciones patriarcales de la religión que llevan incluso a justificar la violencia contra la mujer:**

“Las mujeres que somos musulmanas y practicantes, si hablamos en general los hombres que son practicantes, respetan mucho a la mujer, ayudan mucho a la mujer porque en nuestro Corán la primera cosa que ha dado es el respeto a la mujer. Te ayuda, te respeta, te hace muchas cosas, por eso está feliz con él y la gente piensa que vas con el pañuelo y estás maltratada. Y al revés, si somos gente musulmana practicante de verdad, de verdad (...) el Islam dice al hombre que respete a la mujer en todos los derechos, en todo”.

“El Islam o la religión musulmana sí que ha dado muchos derechos a la mujer y el hombre debería aceptar y respetar estos derechos. Lo que pasa es que la realidad es otra cosa. Por ejemplo en Marruecos hay mucho maltrato, por machismo y por no respetar estos derechos que da el Islam a la mujer”.

“Voy a recoger el tema solamente para mencionar algo. Tenemos que diferenciar, como musulmanes, la creencia, de la práctica de la creencia. Hay gente que cree, pero que lo está practicando mal y es una carencia en la creencia. Si la práctica falta es una carencia en la creencia. Entonces hay que equilibrar y ser sincero consigo mismo. Si creo, tengo que practicarlo lo más bello que yo lo siento. Si no lo estoy haciendo, pues no creo”.

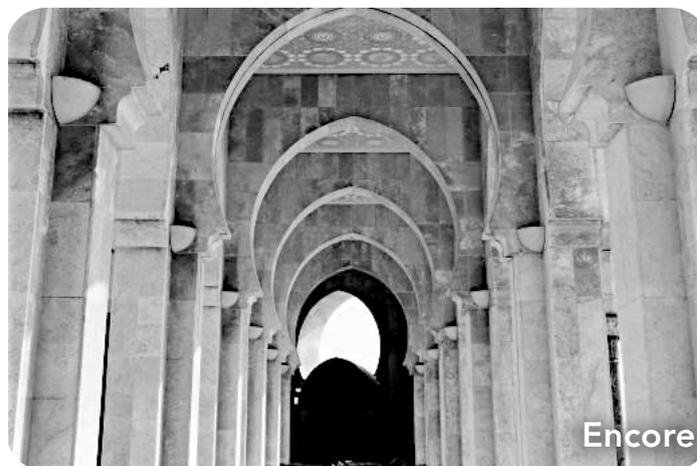


Destacan de manera muy especial **el origen rural o urbano y el nivel socioeconómico e y educativo como clave fundamental en el grado de libertad** para poder salir de una situación de violencia de género:

“Es muy importante dónde naces y dónde te haces. Si eres hija de ricos y hay dinero, ahí no hay ningún problema, tienes una hija separada y de maravilla. Pero si eres pobre y eres de un pueblecito, tienes que vivir escondida, en silencio, llorando y aguantando las patadas de tu padre, de tu hermano, de tu tío, de los vecinos, de tu ex marido, de la familia de tu marido y cuando sean mayores tus hijos aguantarás a tus hijos también, porque los hijos aprenden a echar la culpa a la madre. Entonces, hay que separar el mundo urbano del mundo rural y dentro de este mundo hay que separar nivel económico, porque también el dinero juega, creo, un factor muy importante. Y el intelectual”.

“Desde luego. Si es una médica, profesoras, abogadas, no sé qué, no sé cuántos, quién le va a decir ‘¿por qué usted está separada?’. Le mandará a..., porque tiene su coche, tiene su casa, y a lo mejor su padre le invitará a separarse, no tendrá problema. Pero si eres un pobre, tu madre te dice ‘hija aguanta, a mí tu padre también’”.

Las mujeres de este grupo **reconocen que estas situaciones de violencia no se pueden plantear abiertamente en los países de origen, ni siquiera cuando la legalidad ampara a las mujeres.**



Si el cauce establecido es declarar la situación de violencia familiar, delante de un juez –con su propia posición personal al respecto-, en una sala pública, delante de las dos familias y del maltratador, y ante un público desconocido, entonces **no resulta fácil para la mujer reunir las fuerzas necesarias. Sobre todo, si se tiene en cuenta la enorme dificultad que todavía hay en algunos países para reconocer el divorcio, aunque esté contemplado en la legislación.**

¿A quiénes comentan las mujeres esas situaciones de violencia? En algún caso al Imam. Pero no parece lo más frecuente. **Generalmente, a otra mujer que trabaja en algún programa de educación en la mezquita. El problema, para una mujer extranjera en cualquier país de destino, es que puede encontrarse sin el suficiente apoyo personal o familiar para tomar una decisión que la deja, a ella y a sus hijas e hijos, muy desprotegidos.**



“Bueno yo diría que, sinceramente, la mujer maltratada marroquí, o árabe en general, lo lleva como puede y de la misma forma [que cualquier otra mujer], porque las mujeres no somos muy distintas en todo el mundo. Lo llevamos primero en silencio, y esto es lo peor, sobre todo la mujer inmigrante, porque te encuentras sin amigas, sin familia, por mucho que tengas las amigas tampoco confías mucho, entonces te cuesta mucho ganar la confianza de los demás y convencerte a ti misma de que lo puedes contar. Eso es difícil. Entonces, lleva un tiempo bastante largo, según tus posibilidades, según tu carácter, porque también el maltrato y la violencia de género hay mujeres [que lo aguantan] y hay

mujeres que no lo soportan. Entonces, según tu temperamento, lo aguantas más tiempo o menos tiempo. Y dentro de este tiempo vas buscando, digamos de una forma sin darte cuenta, porque tu cuerpo te lo pide, tu mente te lo pide, y vas buscando en tu entorno a quién se lo puedo contar. Y al final lo terminas contando. En una asociación, en una ONG, en la mezquita, donde normalmente es el refugio (...). El refugio de la mujer inmigrante marroquí musulmana es la mezquita, donde sabe todo el mundo que se llevan programas de todo tipo y la gente pues confía. Lo normal. Y también en asociaciones y ONG españolas, pues también confían y lo cuentan”.

Por ello, **aunque en un primer momento el/la profesional sanitaria no sea para ella la persona a quien vaya a contarle cómo está, si la actitud del/a profesional favorece una relación de confianza y hace explícita la posibilidad de hablar de cómo se siente**, puede que estas mujeres aprovechen la situación para confesar lo que están viviendo.

**Todas las mujeres de este grupo coincidían en la importancia de la intervención (prevención, tratamiento y seguimiento) desde los servicios sanitarios. Pero se reivindica el mantenimiento de la libertad, el respeto hacia los tiempos personales y la voluntad de la mujer.** Como mínimo, porque la que va a asumir y, en algún caso, a padecer las consecuencias de cualquier intervención van a ser las propias mujeres y no los y las profesionales de la sanidad, la policía o del sistema judicial.

“Yo, personalmente, creo que sí deben intervenir los servicios sanitarios. Deberían intervenir en cualquier caso porque la situación se puede empeorar y así para prevenir es muy importante, para protegerla, más que nada, para ayudarla si se puede”.

“Prevenir antes de curar se dice. Pero yo no estoy de acuerdo, justamente en ese punto no estoy de acuerdo. Yo quiero la libertad personal de cada uno. El que se intervenga de una forma así a mí me quita la libertad mía. Es como la trabajadora social, que se mete en la familia y quiere saber ‘¿por qué usted no se lleva bien con su hijo?’. La libertad hasta que yo me sienta preparada para contárselo. Yo misma, no hace falta que me lo impongas. Porque las consecuencias luego no las puedo compartir con el médico mío. El médico luego se va a su casa, pero soy yo la que se queda. Prevenir

las consecuencias. Que a lo mejor luego se empeora, pues sí, pero cuando yo quiera ir. Yo no estoy a favor nunca ni de la policía, ni de los médicos, a decirme ‘usted tal o tal’. No. Debe haber medidas, pero de otra forma. De forma indirecta. La trabajadora social, el ayuntamiento, el mismo sistema sanitario, pero de una forma indirecta. Es como sensibilizar a la mujer hasta que ella venga y diga ‘oye, yo sí que quiero tomar medidas, quiero contártelo, quiero decirte esto y quiero tomar medidas’. Pero por mí misma”.

“Yo creo que hacer un seguimiento del caso, pero con mucha cautela. Seguir el caso, dejarla a ella que diga ‘me pasa algo muy duro’, y ahí ya sigue el caso. Puede que sea una cosa que ha pasado puntual y luego no vuelve a pasar, pero una cosa que ha pasado y vuelve a repetir y a repetir claro que tendrá sus consecuencias”.





# **6** **Recomendaciones** **de mujeres magrebíes** **para hablar de** **violencia de género en** **la relación sanitaria**



En el mismo estudio cualitativo del que se habla en el apartado anterior, se preguntó a los distintos grupos de mujeres sobre el cuestionario AAS y DA.

## 6.1 Valoraciones y recomendaciones sobre el uso del cuestionario AAS

Las mujeres entrevistadas no dieron su opinión a cada uno de los ítems del cuestionario, sino que hicieron una valoración general del mismo.

**Todas piensan que las preguntas son demasiado directas y que violentan a la mujer.** Una de ellas cree que si está siendo maltratada contestaría, pero las demás piensan que no le harían sentir bien y que no responderían. **Más bien se quedarían calladas, agacharían la cabeza, pero no responderían o negarían.**

“Yo pienso personalmente que el formulario es un maltrato en sí mismo, porque son preguntas muy fuertes y muy directas y además te hace sentir mal”.

“Agobian, agobian. Te asfixian porque esto y esto y esto... Más suaves”.

**De hecho, hablan del modo en que estas preguntas pueden hacer que la paciente no vuelva a consulta:**

“(…) En caso de que estuviera maltratada acudo a un médico para pedir que esté mejor, para sentirme bien, pero si voy y me hace estas preguntas me voy a sentir más mal que nunca y no voy a volver, porque es que son preguntas muy fuertes que pueden dañar más. Es que no sé, son muy fuertes. Te recuerda lo que habrá pasado. Te hacen unas preguntas muy directas y muy fuertes. El lenguaje muy severo, agobiante. Hay que elegir las palabras, hay que elegir la manera”.

Asimismo, señalan que **hay que elegir también la persona que pregunte:**

“Un profesional más que un médico. Tiene que ser psicólogo. Psicólogo o derivar a una persona que tiene más experiencia en este tema”.

“Yo creo que si el médico detecta algo tiene que derivar a un psicólogo, porque el psicólogo intentará buscar la manera”.

**Destacan la importancia del tiempo para que la mujer se sienta bien atendida y pueda abrirse, y cómo este factor no se da en la consulta de atención primaria, donde creen que los médicos no quieren saber más que si te duele algo para darte una pastilla: “Como en Marruecos”.**

**Plantean la importancia de que la profesional que pregunte sea mujer.** La comunicación de las mujeres, concretamente, magrebíes, es muy diferente con hombres y/o con mujeres en cualquier espacio social, más aún, habría que tenerlo en cuenta para tratar un tema como el presente. Incluso para que, en casos de ir acompañada, el marido que le acompañe ceda a dejarla sola con la profesional, es mucho más fácil si esta es mujer.

“La mujer musulmana prefiere abrirse a una mujer”.

“Para la mujer maltratada en general, porque si viene una mujer maltratada por un hombre...”

“Nos identificamos mujeres con mujeres”.

**Consideran que el mismo hecho de estar siendo maltratada ya es una vergüenza para la mujer, lo va a vivir como un fracaso.** Y que hay que elegir muy bien las preguntas. **Tienen que tener en cuenta los sentimientos de esa mujer, sobre todo, el miedo.**

Plantean que un indicador de violencia puede ser que la mujer presente un **estado depresivo**:

“... La depresión es un síntoma de saber que la mujer lo está pasando mal. Cuando la mujer va y te dice: me duele la cabeza, o estoy muy nerviosa, o no estoy bien, me duele todo el cuerpo. Le hacen análisis y no tiene nada. Y tiene depresión y lo que hace el médico de cabecera es darte pastillas. Pues no, hay que mirar de qué viene la depresión. Eso puedes detectar de alguna forma”.

Señalan, también, **la importancia del dominio del idioma.** Si la mujer habla español, todo es más fácil que si no lo habla y hay que contar con una tercera persona para hablar de un tema tan privado, con la dificultad que ya supone para ella hablarlo de tú a tú.

Comentan cómo puede iniciarse el modo de hablar con la mujer: **“¿Le gustaría a usted que hablemos de si tiene usted algún problema, o prefiere hablar directamente con un psicólogo?”.**

**Y en un segundo momento ir sacando un tema de conversación poco a poco, dándole confianza a la persona:**

“¿Cómo te va la relación con tu pareja? Algo más poco a poco”.

“¿Te pasa algo estos días, por qué estas así? No sé. ¿El chiquillo está bien en el cole?, ¿sales con tus amigas, tienes amigas?, ¿Estás nerviosa por algo?, porque si me dice ¿te ha pegado alguien?, pues digo, ‘no’”.

Por último, señalan la **importancia de los recursos y de cuidar el modo en que se deriva a las personas**. Las repeticiones de la primera entrevista o las duplicidades institucionales no hacen sino dificultar que la persona pueda confiar para hablar de cómo está. Por ejemplo, si para acceder a un/a psicólogo/a hay que pasar por psiquiatría, o si hay que pasar antes por un/a trabajador/a social...

## 6.2 Valoraciones y recomendaciones sobre el uso del cuestionario DA

Algunas de las mujeres pensaban que este cuestionario estaba pensado para que lo pasara la policía con el objetivo de “capturar al maltratador”. Esa es la interpretación que han hecho por el tipo de preguntas.

**Si piensan que esto ha de preguntarlo un/a médico/a, psicólogo/a u otro/a profesional, creen que no es la manera más adecuada: “Son muchas preguntas”.**

Sobre los contenidos de las preguntas, **creen que las cuestiones sobre las armas, y sobre el suicidio, o si el marido está en paro, no son preguntas que se deban abordar así.**

Violentarían mucho a la mujer y se asustaría aún más, pues parece, de nuevo, que “está en una comisaría”. **Si se pregunta de ese modo tan directo, creen que lo van a ocultar.**

Proponen, por ejemplo, preguntas como: “¿Tienes miedo? ¿Crees que te puede hacer algo? ¿Como qué? ¿Tú sabes si tiene algo (con lo que pueda hacerte daño)?”

Por ello vuelven a insistir en que **la persona que pregunte tiene que hacerlo con tiempo, incluso en varias sesiones, y que ven mucho más adecuado que sea una psicóloga.**



“Hombre, hay que tener en cuenta que este no es un tema tan sencillo, la persona que lo lleva es mucho peor, lo lleva en sentimientos, te afecta en lo físico, a nivel de salud, en todos los sentidos. La mujer no sólo piensa en sí misma, piensa en sus hijos, en su familia, en su madre, en tal, en tal, en sus amigas, en su entorno, en el cambio de vida que tiene que dar y en todo esto, si continúa trabajando... Hacer tantas preguntas es una pesadilla”.

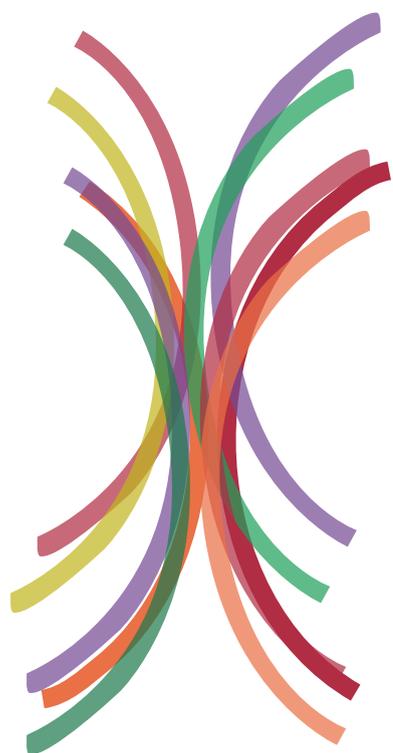
“Para ayudarle no es, lo siento. Sé que es mucho esfuerzo, se agradece, pero no sé yo hasta qué punto se han tomado ahí en cuenta los códigos culturales. Se suele hablar de la cultura árabe, tenemos el afán de hablar de la mujer árabe, pero la cultura asiática ¿sabemos algo? ¿Y la cultura del África negra?. Para la cultura árabe, en forma de charla sacarías mucho más que en forma de cuestionario. Y si no sacas a la primera, pues a la segunda”.

“Muchas preguntas. Se pueden hacer tantas preguntas, pero en más veces. Se puede sacar un tema en general que englobe preguntas muy importantes, preguntas clave, pero en un tema en general, no así y que sea una conversación. Que sea un psicólogo mejor que un médico de cabecera porque no va tener tiempo para tantas cosas o que saque un tema, gane la confianza de la persona que sufre esta violencia de género y poco a poco van surgiendo”.

Además, insisten en **la importancia de que el marido deje que su mujer aprenda castellano:**

“La mujer árabe también tiene que aprender castellano y no quedarse ahí esperando que alguien le interprete, le explique, le traduzca. Y hablando del marido, el marido en lugar de dejarle ir a aprender castellano, la deja en casa encerrada”.

Ello nos lleva a presuponer que el perfil de posible maltratador tenderá a aislar más a su pareja y, por tanto, es más probable que no haya tenido la oportunidad de salir de casa y aprender el idioma. **Las mujeres que no conocen el idioma tienen, por tanto, un riesgo mayor ante el aislamiento que pueda estar viviendo.** Ello hace tomar consciencia de la **importancia de una persona mediadora o intérprete que esté bien formada para facilitar el proceso de screening y detección precoz**, así como del papel clave de los y las profesionales sanitarias de Atención Primaria ante cualquier indicio o sospecha.



# 7 A modo de conclusión



Después de todo lo visto sobre algunas claves culturales específicas, es preciso destacar la **importancia de valorar los marcos culturales de origen** como lo que son: una **parte del conjunto de factores implicados en la relación interpersonal**, que pueden estar presentes en las personas atendidas en mayor o menor medida. Más aún, como ya ha sido comentado, **pueden no ser tan importantes como los factores individuales y los contextuales o la capacidad de aculturación** -y, por tanto, de adaptación y de modificación de los propios marcos referenciales de cada mujer-.

**Solo en la medida que se valoren los factores culturales de origen a la par que los individuales y los contextuales (del momento actual), este material será una herramienta de ayuda.** Lo **contrario** aumenta el riesgo de estereotipia y desconocimiento de la singularidad de cada caso, e **imposibilitará el establecimiento de la relación de confianza**, paso indispensable para la detección precoz de la violencia de género.





# Bibliografía de interés



Alberdi, Inés, y Rodríguez, Maribel (2012, mayo). El papel de la mujer en el desarrollo de África. *Avances de Investigación*, 79. Disponible on line en: [www.fundacioncarolina.es](http://www.fundacioncarolina.es)

Casas, Miquel; Collazos, Francisco, y Qureshi, Adil (coords.) (2009). La salud en los pacientes de origen magrebí. *Mediación Intercultural en el Ámbito sanitario. Programa de formación*. Barcelona: La Caixa. Disponible on line en: [www.obrasocial.lacaixa.es](http://www.obrasocial.lacaixa.es)

Die, Luis; Buades, Josep, y Melero, Luisa (2010). Determinantes de la salud y concepciones culturales en torno a la salud y a la enfermedad. *Informe Anual CeiMigra 2009*. Pp. 199-231. Valencia: CeiMigra. Disponible on line en: [www.ceimigra.net](http://www.ceimigra.net)

El Hadri, Souad (2009). *Los derechos de la mujer en el Islam y su estatuto personal en el Magreb (Marruecos, Argelia y Túnez)*. Valencia: Fundación CeiMigra. Disponible on line en: [www.ceimigra.net](http://www.ceimigra.net)

González del Miño, Paloma (Ed.) (2008). *La mujer en el Magreb ante el reto de la modernización*. Barcelona: Bellaterra.

Grupo CRIT (2009). *Culturas y atención sanitaria. Guía para la comunicación y la mediación intercultural*. Barcelona: Octaedro.

Guardinoe, Yolanda (2006). *Marruecos. Gentes, tradiciones y creencias. Tierra del sol poniente*. Madrid: Alianza.

Martín, Gema (comp.) (1995). *Mujeres, democracia y desarrollo en el Magreb*. Madrid: Pablo Iglesias.

ONU Mujeres (2012). *El progreso de las mujeres en el mundo. En busca de la justicia*. Disponible on line en: [www.progress.unwomen.org](http://www.progress.unwomen.org)

PNUD (2008). *Estrategias de igualdad de género 2008-2011*. Disponible on line en: [www.pnud.org](http://www.pnud.org)

Social Watch (2012). *Desarrollo sustentable: El derecho a un futuro. Informe 2012*. Disponible on line en: [www.socialwatch.org](http://www.socialwatch.org)

Sangetta Dhami (2000, november). The muslim family: predicamento and promise. *Culture and Medicine*, vol 173.

Tamzali, Wassyla (2011). *Carta de una mujer indignada: desde el Magreb a Europa*. Madrid: Cátedra.

United Nations Population Fund (2012). *Impacts of Population Dynamics Reproductive Health and Gender on Poverty*. Documento on line. disponible en: [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

Waller, Marguerite y Marcos, Sylvia (2005). *Dialogue and Difference: Feminisms Challenge Globalization*. New York: Palgrave Macmillan.

