



Claves contextuales para la detección de la violencia de género en mujeres inmigradas de África Subsahariana occidental



Claves contextuales para la detección de la violencia de género en mujeres inmigradas de África Subsahariana occidental

Coordinación y elaboración

Fundación CeiMigra

Luisa Melero Valdés

Luis Díe Olmos

www.ceimigra.net

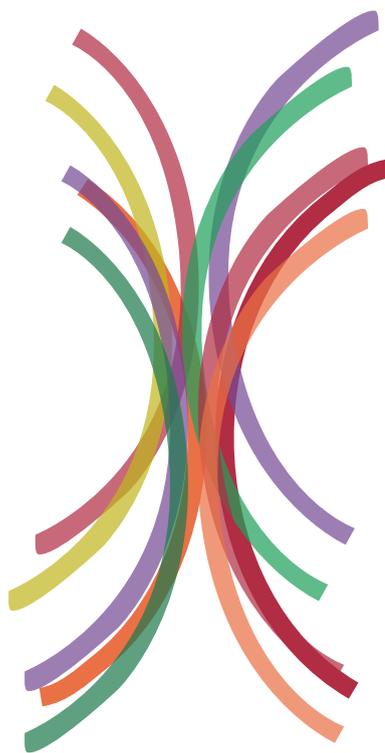
Diseño y maquetación

Pau Usach

www.cocreativos.cc

Índice

1. Breve contextualización sobre África Subsahariana occidental.....	3
1.1. La población procedente de África Subsahariana Occidental en España y la Comunitat Valenciana	4
1.2 Diversidad religiosa y diversidad étnica	9
2. Los sistemas de relación en África Subsahariana occidental: el lugar de las mujeres	13
2.1 El contexto social y los determinantes de la salud	14
2.2 La familia, la comunidad y la etnia	16
2.3 El origen rural o urbano y el nivel de formación	18
2.4 Avances en movimientos que trabajan por la equidad de género	19
3. Los sistemas de salud en África Subsahariana occidental	20
4. Concepciones y hábitos en torno a la salud	23
4.1 Durante la consulta y la exploración rutinaria	25
4.2 Modos de comunicación	26
4.3 Afecciones frecuentes y medicación	28
4.4 Sexualidad y reproducción	29
5. Concepciones de mujeres del África Subsahariana occidental sobre la violencia de género .	31
6. Recomendaciones de mujeres subsaharianas para hablar de violencia de género en la relación sanitaria	34
6.1 Valoraciones y recomendaciones sobre el uso del cuestionario AAS	35
6.2 Valoraciones y recomendaciones sobre el uso del cuestionario DA	37
7. A modo de conclusión	38
Bibliografía de interés.....	40



1 Breve contextualización sobre **África Subsahariana occidental**



En primer lugar, hemos de señalar lo difícil que puede llegar a resultar hablar de algo como “África Subsahariana occidental”. **En solo uno de los países que forman parte de esta zona geográfica puede haber más de un centenar de etnias, culturas, lenguas y religiones diversas,**

que hacen imposible hablar de los nacionales de tal país como personas con características comunes. A partir de aquí, ¿qué puede decirse del conjunto de todos los países? La dificultad es incluso previa: ¿qué países incluimos y dónde establecemos el límite?

1.1. La población procedente de África Subsahariana Occidental en España y la Comunitat Valenciana

Por razones prácticas, vamos a limitarnos, primero, a los países de los que tenemos algún registro acerca del número de personas que viven en España (tabla 1). Como podemos observar, los principales países subsaharianos, por el número de personas residentes en España son, en este orden: **Senegal, Nigeria, Mali, Gambia, Ghana, Guinea Ecuatorial y Guinea.**

● Hemos de añadir, inmediatamente a continuación, el **pequeñísimo porcentaje que supone esta inmigración subsahariana en el conjunto del Estado.** Toda la inmigración africana, contando con Marruecos y Argelia, supone el 19,2% de la inmigración total en 2012. En cambio, **la inmigración subsahariana, supone tan sólo el 4,1% de la inmigración total en 2012** (tabla 1).

- También aquí hemos de observar las **22.101 personas de nacionalidad española**, que han nacido en estos países de África y residen en España (tabla 2). Con lo que, de nuevo, nos encontramos con una diversidad que es permanente en la sociedad española.
- Igualmente, **las hijas e hijos de padres magrebíes que han nacido y crecido en España, y 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 de África Subsahariana occidental residente en España, 2002-2012

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SENEGAL	14.459	18.687	21.465	29.608	35.079	36.955	46.620	56.590	61.383	63.601	63.963
NIGERIA	12.254	16.802	20.316	27.203	31.588	32.119	37.475	42.323	43.623	45.132	46.296
MALI	3.829	5.300	6.890	12.158	14.886	17.094	19.704	23.142	23.956	24.745	24.634
GAMBIA	11.034	12.705	13.320	15.838	17.425	17.393	19.350	21.534	22.045	22.299	21.984
GHANA	3.598	5.264	7.118	10.482	13.288	12.699	13.133	15.179	15.536	16.399	16.971
GUINEA ECUATORIAL	9.759	11.123	11.590	13.096	13.251	13.129	14.676	15.652	15.405	15.032	14.374
GUINEA	4.547	5.392	5.946	8.051	9.123	9.159	10.413	11.958	12.430	12.646	12.417
CAMERÚN	1.895	2.351	2.675	3.433	3.850	4.029	4.788	5.524	5.870	6.117	6.360
GUINEA BISSAU	2.684	3.048	3.374	4.490	5.076	5.229	5.911	6.212	5.822	5.565	5.398
CABO VERDE	2.765	2.908	2.751	3.095	2.939	2.998	3.329	3.468	3.372	3.341	3.249
COSTA DE MARFIL				1.299	1.528	1.636	2.028	2.556	2.924	3.051	3.192
BURKINA FASO							809	1.004	1.126	1.195	1.281
SIERRA LEONA				1.664	1.335	989	981	991	942	920	905
LIBERIA	1.385	1.334	995	1.083	862	581	554	516	489	455	408
BENÍN							352	384	371	379	379

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 el África Subsahariana occidental que residen en España

2012	EXTRANJEROS			ESPAÑOLES		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
SENEGAL	58.701	48.930	9.771	3.050	2.514	536
NIGERIA	37.521	22.675	14.846	1.037	668	369
MALI	22.921	21.066	1.855	307	227	80
GAMBIA	17.772	14.653	3.119	2.340	1.878	462
GHANA	15.866	13.090	2.776	474	351	123
GUINEA ECUATORIAL	12.768	4.455	8.313	9.585	3.921	5.664
GUINEA	10.491	7.930	2.561	2.106	1.016	1.090
GUINEA-BISSAU	6.004	4.710	1.294	377	307	70
CAMERÚN	5.717	3.777	1.940	529	275	254
CABO VERDE	3.302	1.427	1.875	1.353	509	844
COSTA DE MARFIL	3.113	2.389	724	300	181	119
BURKINA FASO	1.164	904	260	93	54	39
SIERRA LEONA	934	658	276	150	102	48
LIBERIA	535	397	138	303	173	130
TOGO	448	306	142	57	44	13
BENIN	375	272	103	40	28	12

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





Así, las personas procedentes de Senegal que residen en España suponen, en 2012, el 1,1% de la inmigración; las de Nigeria, el 0,8%; las de Mali y Gambia, el 0,4% respectivamente; las de Ghana, el 0,3%; y así sucesivamente.

- Las mujeres procedentes de África subsahariana son el 2,5% de las mujeres inmigradas en España: las de Senegal suponen un 0,4% del total de mujeres inmigradas; las de Nigeria, un 0,7%; las de Mali, un 0,1%; las de Gambia, un 0,2%; las de Ghana, un 0,1%.
- Respecto al número de mujeres subsaharianas occidentales por provincias (gráfico 1), podemos ver que el mayor número se encuentra en Madrid, Barcelona, Girona, Valencia, Baleares, Zaragoza, Lleida y Las Palmas de Gran Canaria.

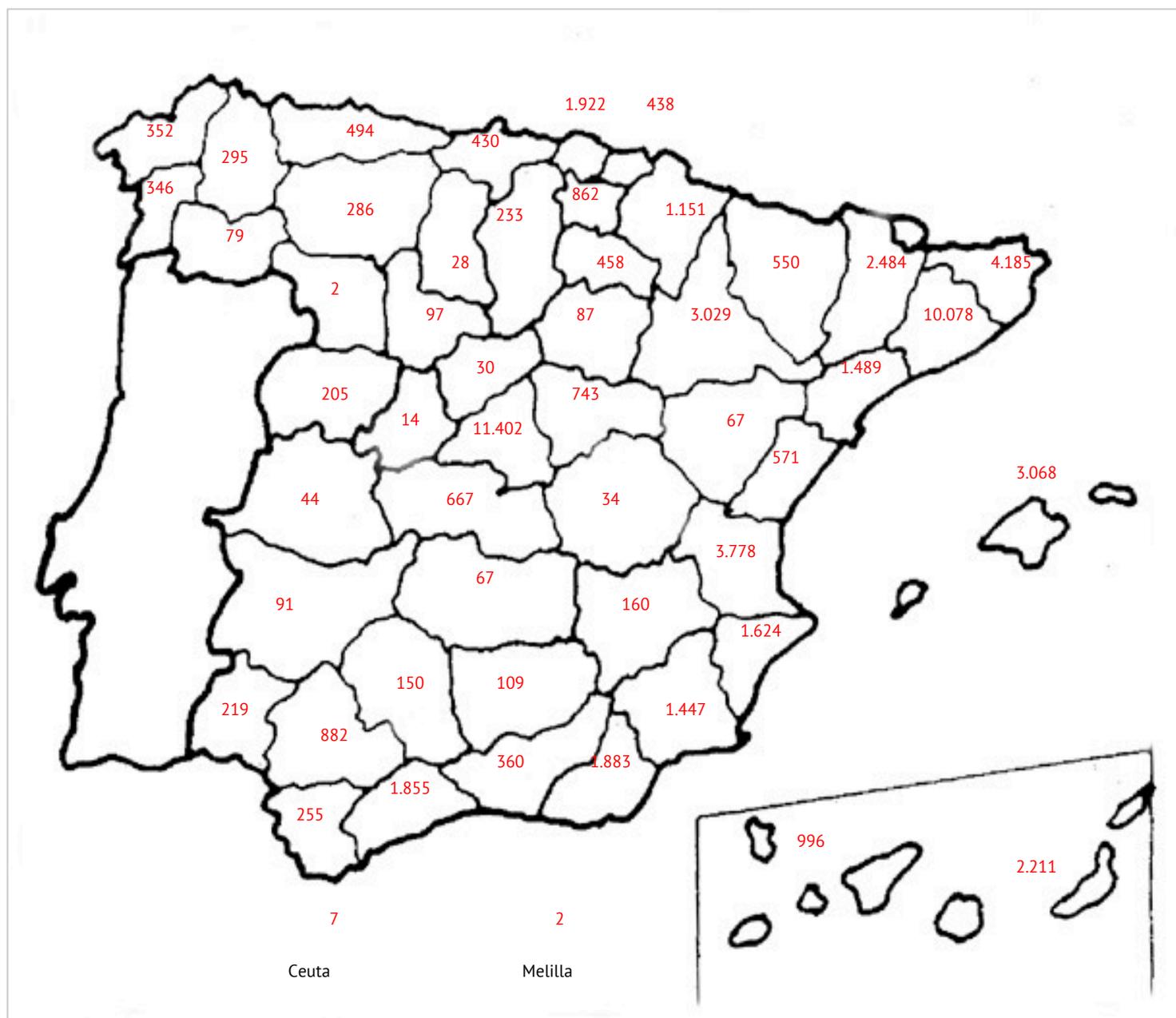
Un segundo grupo de provincias, con una cantidad menor y muy similar (menos de 2.000 mujeres por provincia) de mujeres procedentes de estos países de África, está formado por Vizcaya, Almería, Málaga, Alicante, Tarragona, Murcia y Navarra.

Por comunidades autónomas, Cataluña es la primera en número de mujeres subsaharianas, seguida de lejos por Madrid y, con menor número menor, la Comunidad Valenciana y Andalucía, con casi el mismo número de mujeres de estas procedencias.

Si al escaso número de mujeres de cada nacionalidad, le añadimos la gran diversidad (étnica, cultural, lingüística, incluso religiosa...) dentro de cada país, se hace difícil otro camino para la comprensión mutua y la interculturalidad que no pase por la relación personal y el proceso de aprendizaje y conocimiento mutuo que depende de esa relación.



Gráfico 1. Mujeres subsaharianas occidentales 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.



1.2 Diversidad religiosa y diversidad étnica

Así, aunque de forma muy somera, vamos a esbozar la gran complejidad y diversidad étnica y religiosa de estos países.

- En **Senegal** se encuentran seis grupos étnicos principales (wolof, peul, sererer, djola, malinké y soninké), además de europeos y libaneses. El wolof y el francés son las lenguas nacionales, aunque existen muchas otras lenguas locales. **El 94% de la población es musulmana, el 5% cristiana y el 1% animista.** Senegal es reconocido internacionalmente por su **tolerancia religiosa y por las buenas relaciones entre personas y grupos de distintas religiones.** La esperanza de vida es de 60 años.

- **Nigeria** es el país más poblado de África y tiene más de 250 grupos étnicos. Los principales son los hausa y fulani, los yoruba, igbo, ijaw, kanuri, ibibio, tiv... **El idioma oficial es el inglés, pero las lenguas autóctonas tienen un gran peso** (hausa, yoruba, igbo, fulani...). De hecho, en Nigeria pueden encontrarse **más de 500 lenguas.** **El 50% de la población es musulmana y se localiza en el norte del país. El 40% de la población es cristiana y se localiza en el sur. El 10% restante es animista.** Los contrastes culturales

y económicos entre el norte y el sur son muy grandes. La esperanza de vida es de 52 años.

- En **Mali** se señalan al menos seis grandes grupos étnicos (mandé, peul, voltaic, songhai, tuareg y moros, entre otros), que se diversifican, dentro de cada uno, en otros subgrupos (bambara, soninké, khashonké, malinké...). Esto supone la existencia de, al menos, **nueve lenguas autóctonas principales** (con el bambara como lengua vehicular para la mayoría de la población), **con unas cuarenta lenguas locales, además del francés.** Se considera que un **90% de la población es musulmana suní, un 5% cristiano y otro 5% animista.** En general, **la relación entre las personas de distintas confesiones o creencias religiosas es respetuosa.** Hay grandes diferencias entre el norte y el resto del país. La esperanza de vida es de 53 años.

- **Gambia** es un pequeño país que se adentra en Senegal, desde la costa, por el río del mismo nombre. **Hay al menos cinco grupos étnicos principales** (malinké, fula, wolof, djola, serahuli...), **además de europeos y libaneses.** El idioma oficial es el inglés y cada grupo tiene su propia lengua. **El 90% de la**



población es musulmana suní, el 8% es cristiana y el 2% animista. De nuevo, las creencias religiosas no parecen ser un factor de separación o conflicto entre la población. La esperanza de vida es de 63 años.

● **Ghana** tiene ocho grupos étnicos principales (akán, mole-dagbon, ewe, ga-dangme, gurma, guan, grusi y mande-busanga). El idioma oficial es el **inglés**, hablado por el 36% de la población, pero hay **otros muchos idiomas locales**, algunos de ellos importantes por el número de personas que los utilizan, como el asante, el ewé, el fante, el boron, el dagomba, el dangme, el dagaba, el akyem, el ga y el akuaoem, entre otros. **El 70% de la población es cristiana; el 16% es musulmana; el 8% es animista y el 6% se declara atea.** La esperanza de vida es de 61 años.

● **Guinea Ecuatorial** tiene cinco grupos étnicos principales (fang, bubí, ndowé, annobon y bujeba). La lengua oficial es el **español**. De hecho, es el único país de África que puede ser considerado hispanohablante. **El 86% de la población es cristiana; el 9% es animista y el 5% de la población es musulmana.** La esperanza de vida al nacer es de 62 años.

● **Guinea** (denominada a veces Guinea-Conakry), tiene **tres grupos étnicos principales** (fulani, malinké y sousou), que se particularizan en más de una **veintena de subgrupos**. El idioma oficial es el **francés**, aunque los grupos étnicos

principales tienen su propia lengua. Los grupos étnicos más pequeños tienen **su propia lengua y también existen dialectos locales de las lenguas principales.** **El 85% de la población del país es musulmana; el 8%, cristiana; y el 7%, animista.** La esperanza de vida es de 58 años.

● **Guinea-Bisáu** tiene al menos **seis grupos étnicos principales**, que son el 99% de la población (fula, malinké, balanza, papel, manjaco, mancanha...), además de los **europeos y mestizos**. El idioma oficial es el **portugués**, pero la lengua vehicular real es el crioulo (mezcla de portugués y de las lenguas africanas). Además, cada grupo suele tener su propia lengua o dialecto. **El 47% de la población es animista; el 45%, musulmana; y el 8% cristiana.** La esperanza de vida es de 49 años.

● **Camerún** tiene **seis grandes grupos étnicos** (los de las tierras altas, bantú ecuatorial, kirdí, fulani, bantú del noroeste, peul...), que se despliegan en más de **230 etnias**. El francés y el inglés son lenguas oficiales, pero hay más de **24 grandes grupos lingüísticos que se traducen en más de 200 lenguas particulares.** **Más del 60% de la población es cristiana; un 20% es musulmana y otro 20% es animista.** La esperanza de vida es de 54 años.

● **Cabo Verde** tiene un **71% de población criolla (mulata), un 28% de población africana y un 1% de población europea.** La lengua oficial es



el **portugués**, aunque la más utilizada es el crioulo (criollo, mezcla de portugués con otras lenguas africanas). La **mayoría de la población es católica, con prácticas sincréticas de religiones animistas**. La esperanza de vida es de 71 años.

- **Costa de Marfil** tiene cinco grupos étnicos principales (akan, voltaic, mandé del norte, mandé del sur y krou), además de **europeos y libaneses**. La lengua oficial es el **francés**, pero se estima que hay **más de 60 lenguas autóctonas** de las cuales el Djola es la más utilizada. **El 38% de la población es musulmana; el 32%, cristiana; el 12%, animista; y el resto (17%) no se adscribe a ninguna religión**. La esperanza de vida al nacer es de 57 años.

- **Burkina Faso** tiene una etnia mayoritaria, los **mossi** (40% de la población), y **siete etnias minoritarias** (gurunsi, senufo, lobi, bobo, mande y fulani), pero que suponen el 60% de la población. La lengua oficial es el **francés**, pero solo lo utiliza una pequeña parte de la población. La lengua más utilizada por la población musulmana es el idioma **hausa**. **La población musulmana es el 60% de la población total; el 23% de la población es cristiana; el 15% es animista; el resto (2%) está formado por otras religiones y no creyentes**. La esperanza de vida al nacer es de 54 años.

- **Sierra Leona** tiene **siete grupos étnicos principales** (temné, mendé, limba, kono, kriole, mandinga y loko), además de una **minoría de europeos, libaneses, pakistaníes e indios**. La lengua oficial es el **inglés**, pero solo la usa una **pequeña minoría** que ha recibido una educación formal. El mende se habla en el norte y el temne en el sur. **La lengua vehicular para un 95% de la población es el krio** (una mezcla del inglés jamaicano con lenguas africanas). **Un 60% de la población es musulmana; un 30%, animista; y un 10%, cristiana**. La esperanza de vida es de 48 años.

- **Liberia** tiene nueve grupos étnicos principales (kpelle, bassa, grebo, gio, mano, kru, lorma, kissi y gola). **El inglés es la lengua oficial**, pero solo lo utiliza un 20% de la población. Hay, además, unas **veinte lenguas correspondientes** a otros tantos grupos étnicos. Más del **85% de la población es cristiana; el 12%, musulmana; el otro 3% está formado por animistas, por otras religiones y por no creyentes**. La esperanza de vida es de 57 años.

- **Togo** tiene **más de 30 grupos étnicos** (guin, wé, ewé, kabye, tamberma o somba, minas y kabre...). Los **europeos y libaneses** son menos del 1% de la población. La lengua oficial es el **francés**. El ewé y el mina son las lenguas mayoritarias en el sur, y el kabye y el dagomba,



en el norte. **El 51% de la población practica religiones animistas o el vudú. Los musulmanes son un 20% de la población y los cristianos, un 29%.** La esperanza de vida es de 63 años.

- **Benin tiene ocho grandes grupos étnicos** (fon, adja, yoruba, bariba, peul, ottamari, yoa-lokpa y dendi), que se particularizan en muchos otros de carácter local. La lengua oficial es el **francés, pero las más frecuentes son el fon y el yoruba, en el sur, y el hausa en el norte. El 43% de la población es cristiana; el 25% es musulmana; el 17% practica el vudú; y el resto (15%) es animista.** La esperanza de vida es de 60 años.

Por último, es muy importante caer en la cuenta de que el **subdesarrollo de toda África ha tenido un origen histórico vinculado a los intereses de Europa y que la inestabilidad política y la violencia de muchos países sigue teniendo relación con el interés que suscitan sus enormes recursos naturales** no solo en Europa, pero también en Europa.

Además de la religión, el núcleo de organización étnico y comunitario es fundamental. Existe una fuerte identificación étnica y los vínculos de solidaridad son muy fuertes. No obstante, pueden generarse conflictos interétnicos importantes, algunos de los cuales se mantienen durante generaciones. En todo caso, tanto la religión como la pertenencia étnica tienen una fuerte influencia en el modo de organizar la vida y, dentro de sus diferencias, pueden favorecer o no la libertad y el respeto hacia la mujer.





2 Los sistemas de **relación** en África Subsahariana occidental: el lugar de las **mujeres**



2.1 El contexto social y los determinantes de la salud

Desigualdad estructural y violencia de género

La desigualdad de género en toda África Subsahariana es un asunto al que se ha prestado especial atención desde organismos regionales e internacionales durante las últimas décadas.

- Las mujeres subsaharianas se encuentran expuestas en mayor medida que los hombres a situaciones de vulneración de sus derechos humanos, y la violencia de género está fuertemente arraigada.

A pesar de los esfuerzos realizados en el terreno de la legislación, junto a campañas de sensibilización y la promoción de los derechos de la mujer, esta sigue sufriendo abusos múltiples: la agresión dentro de la familia y en el hogar, el secuestro y la violación sexual, la prohibición de métodos de control de natalidad, el tráfico de personas y el comercio sexual, abusos psicológicos y emocionales por parte de la pareja, agresiones físicas y sexuales por parte de componentes familiares, el acoso sexual y el abuso del poder por parte de las autoridades

(los profesores, la policía y los superiores en el lugar de trabajo), la obligación de practicar el sexo pagado o de trabajar en la economía sumergida, las prácticas de la mutilación genital femenina o la ablación, los matrimonios precoces o concertados, la violencia como resultado de las dotes matrimoniales insuficientes y los asesinatos por proteger el honor viril puesto en entredicho (Alberdi y Rodríguez, 2012).

La Violencia contra las mujeres constituye una manifestación de una desigualdad de género profundamente arraigada. Esta violencia contra las mujeres ocurre siempre, pero **se exacerba en tiempos de conflicto y posconflicto.** El abuso sexual sistemático en las situaciones de conflicto es otra manera de violar los derechos de las mujeres y las niñas. **Los conflictos vienen siempre acompañados de informes de violaciones masivas y otras formas de agresión sexual,** inclusive el matrimonio obligado con el enemigo, la violación por bandas armadas y el embarazo forzado con las mujeres y las niñas como principales formas de agredir a la población asediada.



La violencia contra las mujeres que se integran en la política es otra esfera donde se ejerce sistemáticamente la violencia, aunque menos conocida: no solo se vincula a las elecciones sino que se hace manifiesta una vez haya una mujer en un cargo político. La violación, la esclavitud sexual, la tortura y la agresión física, el desnudo público, el abuso verbal y la difamación son algunas de las formas de violencia contra la mujer en este ámbito.

Problemas principales de salud de las mujeres

- Además de la violencia directa, las mujeres sufren en mayor medida problemas graves de salud: **el VIH, la mortalidad materna y la mutilación genital femenina pueden destacarse como los principales problemas de salud de las mujeres subsaharianas, los cuales, a su vez, se convierten en manifestaciones de violencia estructural e indirecta contra las mujeres.**

VIH-Sida

El 68% de los casos de VIH/SIDA están en África Subsahariana. La prevalencia del VIH es mayor entre las mujeres que entre los hombres (un 57%). Las mujeres entre 15 y 29 años de edad se encuentran más expuestas al contagio



del VIH/SIDA y, pese a las campañas de educación sexual, la violencia o el temor a la agresión pueden hacer que muchas mujeres, pese a conocer los riesgos, no practiquen el sexo con la debida protección.

La mutilación genital femenina

Es una práctica extendida en toda al África Subsahariana, aunque sus porcentajes dependen de países, zonas y etnias.

Se estima que **entre 100 y 140 millones de mujeres y niñas en todo el mundo han sufrido la mutilación genital femenina y 3 millones de niñas corren el riesgo de ser víctimas de ella cada año.** La práctica está más extendida en un cinturón que va desde Senegal hasta el Cuerno de África y otro entre el delta del Nilo y Kenia.



- En algunos países como Mali o Egipto el porcentaje de mujeres mutiladas llega al 90 o 95%. En Nigeria se estima que un 90% de las mujeres son mutiladas. En Senegal depende de regiones y etnias: así, entre las wolof y serer se da muy poco, en un 10%. Entre las jola y las pular, en un 50%. Y entre las malinkés y soninkés de Gambia, así como en el sur de Senegal, superan el 75%.

En algunos países que han desarrollado una legislación para prohibir la mutilación genital, como es el caso de Togo, Mauritania, Guinea-Bissau, Egipto o Somalia, **muchas mujeres lo siguen practicando clandestinamente o llevan a sus hijas a otros países que aún no han desarrollado esa legislación, como es el caso de Mali.**

Para muchas mujeres **ejercer la tarea de mutilar a las niñas es un modo de ganarse la vida ante la falta de alternativas.**

La mortalidad materna

Los índices de mortalidad materna son injustificadamente altos: **si 1.000 mujeres mueren al día por esta causa en todo el mundo, la mitad de las muertes se registran en el continente africano** (OMS, 2010).

Ello se debe a diversos factores: condiciones de precariedad, las malas prácticas, la falta de accesibilidad de las mujeres a lugares especializados, la ausencia de atención médica, la falta de accesibilidad a medidas de salud sexual y reproductiva, y la misma mutilación que en su momento ejercieron contra ellas.

2.2 La familia, la comunidad y la etnia

En África Subsahariana el núcleo de la vida a partir del que se organizan las personas, por encima de su individualidad, es la familia, seguida de la comunidad y de la etnia.

- Las mujeres asumen la mayor parte del trabajo formal e informal: desempeñan el 80% de los trabajos no remunerados: las

tareas domésticas rurales como recoger la leña y buscar agua, la preparación de la comida, su distribución y la realización de las compras para el hogar. Según la FAO, **la mujer rural de escasos recursos puede trabajar entre 16 y 18 horas al día entre los trabajos en el campo y las tareas domésticas.**



Esta carga de trabajo se ve incrementada debido a la alta prevalencia del VIH/SIDA, ya que **las mujeres se responsabilizan de la mayor parte de los cuidados requeridos por los miembros de la familia y de la comunidad que se encuentran enfermos, además de las personas mayores.** En el sector formal del empleo las mujeres desempeñan los **trabajos de peor remuneración.**

- **Las relaciones de género están fuertemente marcadas y generalmente se forman en torno a mitos sobre la feminidad y la masculinidad.**

Entre estos destacan la **virilidad del hombre**, que es demostrada como la necesidad de mantener relaciones sexuales, con lo que ello implica en una relación de pareja y en el deseo o no de la mujer para mantenerlas; **en situaciones de crisis de pareja la violencia sexual puede ser más pronunciada.**

Por otro lado, existe el **mito de la fertilidad de la mujer, del que se desprende la maternidad como el mayor logro a alcanzar por la mujer subsahariana.** La infertilidad puede ser causa de nulidad de matrimonio y de ruptura de las relaciones. **La mujer, en la gran mayoría de los casos, asume que debe complacer a su marido en todo lo que él desee;** en muchos casos estas son servidoras de ellos y su reconocimiento social viene del nivel de realización de esta

labor. **En ello son educadas por sus madres desde muy temprano.**

- **La mutilación es practicada por mujeres y son las madres quienes llevan a mutilar a sus hijas, bajo una creencia incuestionada de que eso es lo mejor para ellas y su futuro.**
- **Una mujer no mutilada puede ser objeto de repudio por parte de la familia de su marido. Se asocia la mutilación genital femenina con la aceptación social y la evitación de la infidelidad. También se asocia con la mayor capacidad de tener hijos/as, cuando esto no es así, sino todo lo contrario, dado que está comprobado que el riesgo de mortalidad infantil y materna es mucho más alto precisamente en las mujeres mutiladas y que es una de las causas de muerte.**

De este modo, **ser madres es para las mujeres subsaharianas una de las funciones básicas como mujeres, y traer hijos al mundo es una de las mayores realizaciones de las mismas:** es el modo de mantener a la familia con su trabajo y de asegurar el cuidado de sus ancianos.

Es frecuente que un matrimonio viva en casa de los suegros y que su esposa haya de cuidar y mantener su casa y cuidar de ellos. Cuando hay problemas de pareja, los **padres son quienes intervienen para buscar una solución y mantener la unidad familiar.**



En países y zonas donde se practica la **poligamia** –por ejemplo, en algunas zonas de Senegal y Mali-, el lugar de la mujer queda relegado a ser una más, y supeditada a recibir el lugar y el estatus que su marido considere. Aunque la poligamia está asociada a la capacidad económica, dado que no todos los hombres se lo pueden permitir, en muchas regiones donde se practica es un signo de poder y virilidad que se

refuerza socialmente. **Al interior de las familias polígamas, son frecuentes los conflictos más o menos explícitos entre mujeres e hijos/as, los celos, las comparaciones y las luchas de poder.**

Aunque **en estos países está permitida la poligamia, cada vez más se va dando un movimiento con mayor relevancia que condena la violencia contra la mujer que implica esta práctica.**

2.3 El origen rural o urbano y el nivel de formación

- **La población subsahariana es fundamentalmente rural y agrícola, y posee uno de los índices más altos del mundo en analfabetismo de las mujeres.** No obstante, ha de tenerse en cuenta que **una parte de las personas que llegan a España pertenecen a una minoría que ha podido estudiar y que en muchos casos ha tenido contacto con el mundo urbano.**

Los niveles de formación pueden ser muy lejanos entre sí: la minoría que ha podido estudiar en sus países de origen y tiene una carrera profesional; aquellas que no han podido estudiar un grado universitario pero han estudiado durante unos años y hablan algo de francés o inglés; y las que ni siquiera saben leer ni escribir.

Las diferencias formativas, culturales y de consciencia sobre la equidad de género pueden ser muy notorias entre las personas y mujeres inmigradas que llegan de contextos rurales y urbanos; o entre aquellas que han llegado en un vuelo de las que han llegado a España en condiciones deplorables, cruzando diversos países y exponiéndose a la muerte, a violaciones de diversa índole y a la experiencia de ver morir a amigas/os y compañeras/os, periodo que ha podido llevarles incluso años. En este último caso, cuando estas son mujeres, **las violaciones sexuales y de diversa índole son muy frecuentes durante la travesía. Los efectos sobre la salud sexual, física y mental pueden ser muy graves al llegar al país, aunque no muestren signos aparentes de ello.**

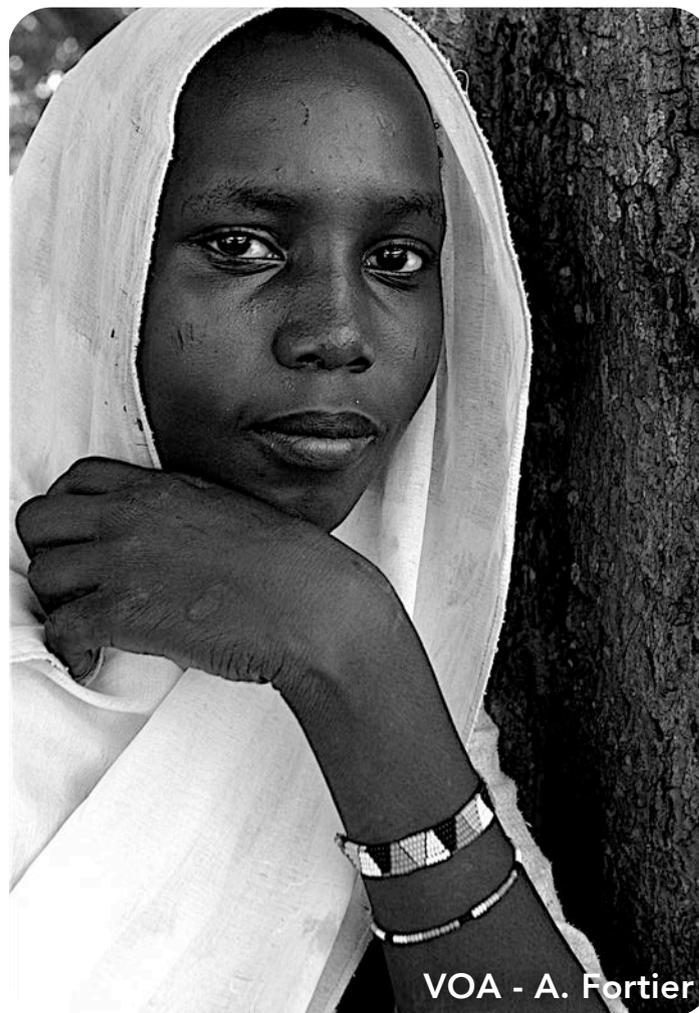


2.4 Avances en movimientos que trabajan por la equidad de género

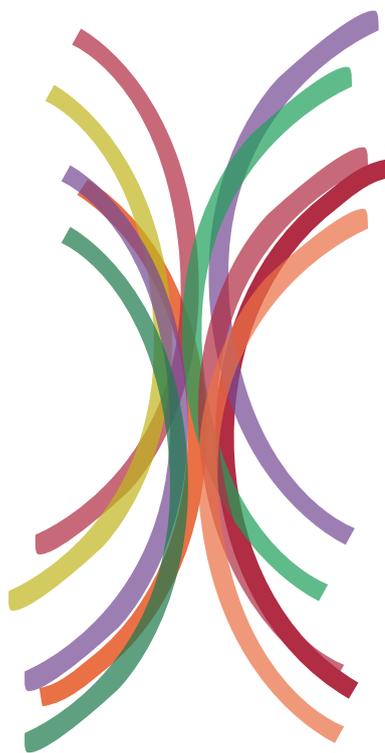
Al igual que en el resto de continentes, en África los principales **referentes internacionales en materia de igualdad entre hombres y mujeres** son la **Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres – CEDAW- (1979)**, la **Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995)** y los **Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000)**. Sin embargo, y pese a los avances conseguidos en materia de legislación, por ejemplo, **los niveles de consecución de la igualdad distan mucho de otras regiones en el mundo**.

En las últimas décadas se han desarrollado movimientos que trabajan intensivamente en la consecución de este objetivo –la equidad de género-, el cual va intrínsecamente **unido a la lucha contra la pobreza y el analfabetismo de las mujeres**.

- Entre las organizaciones que trabajan en este cometido cabe destacar la agencia de **ONU Mujeres en África**, la **Unión Africana**, la **Comunidad Económica de los Estados del África del Oeste (ECOWAS)**, o la **red de Mujeres Españolas y Africanas para un Mundo Mejor**.



Tal y como apunta la Directora Ejecutiva de la **Red Africana por el Desarrollo de las Mujeres (FEMNET)**, pese a los avances, el cambio sigue llegando solo a una pequeña minoría.



3 Los sistemas de salud en África Subsahariana occidental





Como sucedía en la región del Magreb, **en África Subsahariana también coexisten paralelamente dos sistemas de salud: el sistema sanitario moderno y el tradicional.**

- No obstante, **el sistema sanitario occidental está asociado a la época colonizadora y al ejercicio de resistencia que muchos de los opositores desarrollaron rechazando los sistemas impuestos en educación, justicia y salud, entre otros.** Por ello, además de ser menos accesible, **la medicina moderna sigue generando rechazo en una parte importante de la población. La medicina tradicional, sin embargo, está muy extendida en todas las regiones.**

En la mayoría de estos países de la región **no existe un sistema de seguridad social; y cuando existe no cubre el riesgo por enfermedad ni los asuntos relacionados con la salud más allá de los accidentes laborales.**

Promovido por ayudas internacionales, se desarrolló un sistema de medicina moderna más alejado del modelo colonial y cuyo paraguas se denomina Plan Nacional de Desarrollo Sanitario, el cual se centra en conseguir objetivos como: la reducción de la mortalidad infantil y materna, la lucha contra el VIH, la planificación familiar o el aumento de la accesibilidad de la población al sistema sanitario.

Los sistemas de salud moderna están organizados en tres niveles:

- **Estructuras de Primera Atención:** Centros de salud, ambulatorios, cabañas de salud, dispensarios y enfermería. **Son los servicios más cercanos a la población y se encargan de las patologías comunes y de la salud materno-infantil hasta los dos años.**
- **Centros de Referencia:** Hospital general. Acusan una gran falta de recursos para llevar a cabo sus objetivos.
- **Centros de Especialización:** Minusvalía o enfermedad
 - Pese al objetivo de la accesibilidad existe una **gran dispersión de atenciones por habitantes; en algunos casos se cifra una media de un médico por 15.000 habitantes.**

En los hospitales públicos, tanto la comida como el material sanitario que haya de utilizarse, como, en muchos casos, la medicación, han de aportarlos los propios usuarios/as.

En las **zonas urbanas coexisten los sistemas de salud pública y privada, dado que las desigualdades y las diferencias en calidad de atención y resultados son muy acusadas.** En muchos casos los y las profesionales sanitarios trabajan en ambos sistemas de salud ante las

dificultades económicas del sistema público y la precariedad de sus salarios.

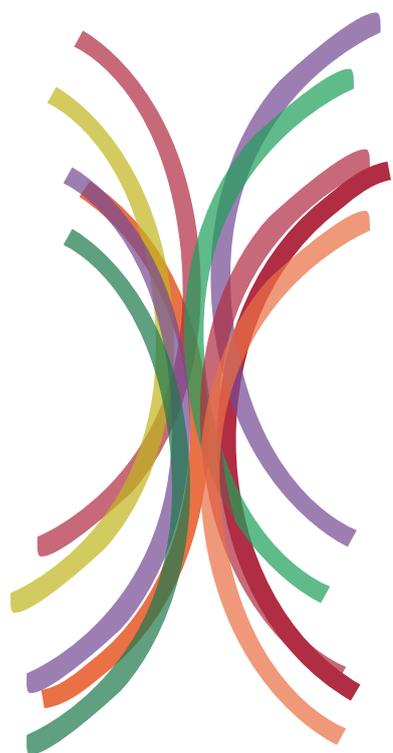
La medicina tradicional africana está basada en el equilibrio de los cuatro elementos: tierra, fuego, agua y aire.

La combinación de estos elementos, y la existencia de soplos que complican esta misma combinación, harán que el estado de salud sea mejor o peor. En función del tiempo que pervivan estos soplos en el cuerpo, la enfermedad será más o menos grave. **Existe un momento crítico para curar y hacer salir el soplo del cuerpo de la persona.**

Más allá de las formulaciones culturales e históricas, **la medicina tradicional cobra importancia en los propios países y es apoyada por centros de investigación, especialmente en lo que se refiere a la farmacopea (tratamientos naturales)** o en algunos problemas que tienen una repercusión social.

En algunos países de acogida de población subsahariana con mayor tradición existen **terapeutas tradicionales que ayudan mucho a la población recién llegada a confiar en la medicina occidental en un proceso de combinación y coordinación mutua.**





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



Muchas de las pautas anteriormente descritas como propias de la población musulmana van a darse también en las personas que se vinculen a esta religión, aunque con muchos matices según procedencias y pertenencias étnicas.

La importancia de los determinantes sociales y económicos

Las condicionantes económicas de las mujeres y hombres de procedencia subsahariana, tanto en los países de origen como en el de residencia, hacen que los temas de salud no sean prioritarios a no ser que exista sintomatología grave. En su lugar recurren con frecuencia a la automedicación.

Aunque **generalmente son personas jóvenes, fuertes y sanas, las condiciones de vida a las que se ven abocadas en el contexto de residencia** - probablemente es el colectivo que se ve abocado a unas condiciones de mayor desprotección-, **umentan los factores de riesgo para la salud.**

Los problemas para encontrar un alquiler de habitación o vivienda, y el hacinamiento al que pueden llegar por solidaridad con otros/as compañeros/as y por la falta de oportunidades mínimas de trabajo y supervivencia, puede dar lugar a situaciones **graves de inseguridad, violencia y problemas de salud mental.**

Los determinantes sociales -factores jurídico-administrativos, los económicos y las condiciones de vida- son, así, las principales dificultades de la población subsahariana y, por consiguiente, sus principales factores de riesgo para enfermar física o psíquicamente.

Encontrar pareja con papeles cuando se está en el país de residencia en una situación límite se puede convertir en un medio de vida y de supervivencia, con los **riesgos para la salud que puede conllevar esto en las mujeres, especialmente en lo referente a la tolerancia de situaciones violentas.**

Aunque no se puede generalizar, el ejercicio de la prostitución es para algunas mujeres el único modo de vida que ven para poder sobrevivir en situaciones límite. En algunos casos porque han sido **traídas bajo el engaño de redes de tráfico y trata de personas**; en otros casos porque **conocen a quienes les engañan una vez que están en el país de residencia**; y en otras ocasiones otras mujeres que también están ejerciendo **les animan a que, al menos, puedan sobrevivir de este modo.**

Los riesgos para la salud de estas mujeres son, con diferencia, los más altos de todas las posibles situaciones vitales. Aunque los casos individuales pueden ser muy distintos entre unas y otras mujeres subsaharianas.



4.1 Durante la consulta y la exploración rutinaria

Generalmente se caracterizan por una **concepción holista de la salud y la enfermedad**, y pueden sentir **extrañeza e incluso desconfianza inicial con la exploración y diagnóstico médico que se centra solo en el órgano que duele directamente.**

Para ellos/as, la enfermedad física es **signo de desequilibrio a otros niveles**: relaciones, familia, espíritu... Todo está interrelacionado. **Es frecuente que hablen en términos de frío y calor del cuerpo, de aire, vientos, fuego o humores en un reflejo del lenguaje de la medicina tradicional que manejan.**

Además, la concepción de enfermedad no depende solo de la persona sino de un nivel más comunitario; por tanto, es frecuente que esperen del tratamiento para su cura este mismo abordaje que comience en el individuo pero considere su entorno familiar y comunitario.

Algunas personas que están más en contacto con la medicina tradicional y menos con la medicina moderna pueden creer que **la enfermedad es una pérdida de fuerza física o**

espiritual. En esos contextos, también puede ser interpretada como **castigo.**

- **En la medicina tradicional es muy importante la intimidad en la relación con el sanador: no hay nadie más.** Sin embargo, **no es frecuente explorar el cuerpo**, por lo que pueden sentirse incómodas en una exploración rutinaria, especialmente si les atiende un profesional de otro sexo y si se explora la zona genital.

Asimismo, **las exploraciones previas como auscultaciones, radiografías o analíticas de sangre y orina pueden no entenderse si no se explica previamente**, ya que en sus **países de origen ello equivale a una situación de gravedad** y en algunos lugares se cree que extraer sangre puede hacer perder la fuerza interior.

En la relación física con la persona es importante conocer que con frecuencia llevan un amuleto desde recién nacidos junto a alguna parte de su cuerpo (a los pocos días de nacer), generalmente una bolsita de piel con algún texto del Corán. **La peor de las situaciones es que se lo quiten o que alguien se lo toque**, ya



que creen que pierde su efecto y que tendrán consecuencias negativas.

Con todo ello, **explicar el porqué de los pasos a dar puede ser una buena estrategia inicial en la relación de confianza.** Asimismo, explicar el sistema de turnos y hora para la entrada a consulta puede ser de utilidad para que no se interprete como un acto racista, ya que en muchos de sus lugares de origen la entrada es por orden de llegada.

- **Cuando enferma una persona, toda la familia y la comunidad tienen la responsabilidad y el deber de tomar decisiones sobre la salud de aquella y cuidarle hasta que haya sanado.** En este sentido, **es importante saber que una paciente puede necesitar consultar con la familia antes de saber qué tiene que decidir: la decisión es de toda la comunidad, no del individuo aislado.**

4.2 Modos de comunicación

Es frecuente que perciban al/ a la profesional sanitaria desde una jerarquía social muy vertical y no se atrevan a contradecirle en nada como signo de respeto, limitándose a decir sí a todo. Ello puede hacer pensar al/ a la profesional que se confirman sus hipótesis y el error resultante puede ser grave.

Asimismo, es frecuente que, incluso con un buen dominio del idioma, **les cueste comprender la terminología médica, por muy sencilla que sea, y que no expresen su falta de comprensión,** pues para ellas puede ser considerado una falta de respeto.

Las personas procedentes de estas regiones que han sido **en su mayoría socializadas en la medicina tradicional no entienden el modo de comportarse del médico occidental:** lo normal es que el sanador tradicional sepa lo que ellos no saben y les curen sin que ellos tengan que decir nada. Por ello, **es frecuente que no den mucha información de lo que les ocurre,** porque su expectativa es que lo sepa directamente la persona a la que acuden.

Asimismo es muy probable que tengan **altas expectativas sobre el médico/a o profesional, y es frecuente que esperen un diagnóstico y tratamiento claros y directos sin la intervención de pruebas o citas intermedias** (sobre todo si se procede de un modelo de medicina tradicional).



Por todo ello, **ofrecer confianza para hablar de tú a tú y explicar cuál es el modo de proceder y de relacionarse con las/os profesionales en este contexto puede ser una muy buena estrategia inicial para que la persona se sincere y no generen falsas expectativas.**

Las personas subsaharianas generalmente son muy sensibles en los modo de comunicación verbal y no verbal. Acogerles al entrar y mirarles, además de estar corporalmente dirigidos/as hacia ellas y no hacia el ordenador, por ejemplo, puede ser clave en el desarrollo de la consulta. No obstante, **la mirada ha de ser respetuosa y el/la profesional ha de considerar normal si la persona no le mira directamente a los ojos:** la relación de respeto para muchas personas se expresa evitando la mirada directa. Junto con ello, la creencia en el mal de ojo también puede reforzar esta misma evitación.

Otra forma de expresar respeto al hablar es conversar en un tono pausado, muy poco enfático (lo que el personal sanitario puede malinterpretar como desinterés o falta de colaboración), **excepto cuando se sienten especialmente tensas, y alzan mucho su tono de voz.** Es frecuente que se sientan violentadas

por un lenguaje muy enfático, con un tono muy alto y directo. **Suelen interpretar este modo de hablar como enfado o descortesía.** Tienen un profundo respeto por la otra persona y **su turno de palabra,** y puede molestarles mucho si no respetan su espacio y le interrumpen constantemente.

Del mismo modo, puede violentarles que les hagan preguntas directas y, sobre todo, cuando no hay una relación de confianza, les cuesta hablar de temas personales, como pueden ser las relaciones sexuales, los excrementos e incluso la alimentación. En respuesta a su malestar, sienten desconfianza y **suelen evitar responder o tienden a mentir como forma de evadirse de la situación.**

- En general **las mujeres muestran una expresión del dolor muy bajo, pues desde pequeñas son entrenadas para ello,** es la población con menor uso de epidural u otros paliativos. Ello ha de tener alerta a las/os profesionales al preguntar por el dolor que sienten – aunque no lo expresen-, y **es importante no minimizar las respuestas sobre “molestias” y dolores “soportables”,** dado que pueden estar escondiendo cuadros objetivamente mucho más intensos y graves.



4.3 Afecciones frecuentes y medicación

En la población subsahariana caben diferenciar:

- ▶ **Enfermedades importadas de origen**, que allí suelen ser comunes y aquí son enfermedades raras;
- ▶ **Enfermedades psicosomáticas**, fruto de la situación límite que están viviendo (para mayor profundización, ver cuaderno 1, apartado 2); y
- ▶ **Enfermedades sociales, como el alcohol o las drogas**, que en muchos casos se desarrollan como una respuesta de huida a la situación límite de vida y sus correspondientes sentimientos de impotencia, fracaso y presión familiar en el país de origen.
- ▶ **Enfermedades de transmisión sexual y tuberculosis**. Existen enfermedades que **difícilmente comunicarán** tanto hombres como mujeres subsaharianas, especialmente las **infecciones de transmisión sexual y la tuberculosis**. Las primeras –de transmisión sexual– están **asociadas a un comportamiento inadecuado sexualmente, y se asocia con los castigos que suelen imponerse en los países de origen ante dicho comportamiento**, especialmente para las mujeres. De otro lado,

la **tuberculosis es una enfermedad contagiosa y con un gran estigma social que, en muchos casos, se interpreta como un castigo** por parte de espíritus malignos, y se cree que ello afecta a toda la familia.

Ante la necesidad de preguntar por estas enfermedades, de nuevo, es necesario explicar a la persona que va a ser acogida desde qué marco de interpretación va a ser escuchada, des-culpabilizándola, para que pueda abrirse y ser tratada adecuadamente.

La automedicación es frecuente para trastornos no graves y es importante preguntar antes de medicar desde el sistema occidental.

No es nada esperable que acudan a servicios de salud mental: los trastornos anímicos o mentales –a excepción de casos tan graves como los brotes psicóticos o los trastornos antisociales– **se tratan con remedios naturales o ritos comunitarios**. Son personas **muy receptivas a las terapias de grupo**, dado que en sus países es frecuente sentarse juntos/as a hablar de los problemas que se dan en el seno de la familia o la comunidad.



4.4 Sexualidad y reproducción

La educación sexual y reproductiva depende mucho del origen rural o urbano, aunque en general no suelen tener mucho acceso a ella. Los bajos índices de alfabetización de las mujeres en los países de origen disminuye aún más el acceso de las mujeres a una educación sexual. Incluso las mujeres que hayan podido estudiar, **lo más común es que su conocimiento venga filtrado por el legado familiar, especialmente lo que han podido transmitirles sus madres, tanto en lo relativo al comportamiento sexual como en lo relativo a roles que, como mujeres, han de asumir.**

El método anticonceptivo utilizado generalmente es la **abstinencia**, sobre todo durante el periodo de lactancia, que puede llegar a durar dos años.

- **En el caso de los hombres que proceden de modelos más vinculados a la medicina tradicional, cuesta mucho que acepten las recomendaciones del sistema sanitario occidental en lo relativo a la salud sexual y reproductiva**, por su rechazo inicial a utilizar los métodos occidentales de prevención de ETS y planificación familiar y por la fuerte creencia que existe en rituales y amuletos para prevenir el embarazo o conservar la salud sexual.

Asimismo, **preguntar a las mujeres por el número de embarazos o número de hijas/os llevará a que respondan desde los que están vivos y no desde los múltiples abortos que han podido tener.** Preguntar, de ese modo, por los posibles abortos puede cambiar mucho la percepción de la vida sexual y reproductiva de las mujeres, incluso puede ser **un indicio de violencia sexual.**

Preguntar abiertamente por la mutilación genital cuando no hay confianza puede llevar a una negación automática o a una ruptura de la relación terapéutica. Para poder llegar a este nivel es preciso generar un **clima previo de confianza**, un espacio sereno y confidencial, dado que es un **asunto muy tabuizado**, pese a la normalización de este acto en los países de origen.

Es importante tener en cuenta que la mutilación genital femenina en nuestro país está tipificada como delito, incluida la que se practica llevando a las niñas al país de origen u otros países para que sean mutiladas. Nada se puede hacer con las mujeres adultas a las que ya se les ha practicado, pero sí que **se puede y**



debe realizarse una importante labor de prevención con las niñas pequeñas y en edad de pubertad. Como se comentaba en el cuaderno anterior, **no debe confundirse esta práctica que atenta contra la integridad de la mujer con la circuncisión**, en el caso de los hombres, que se considera una práctica aceptada e incluso con beneficios para la salud.

Embarazo y maternidad

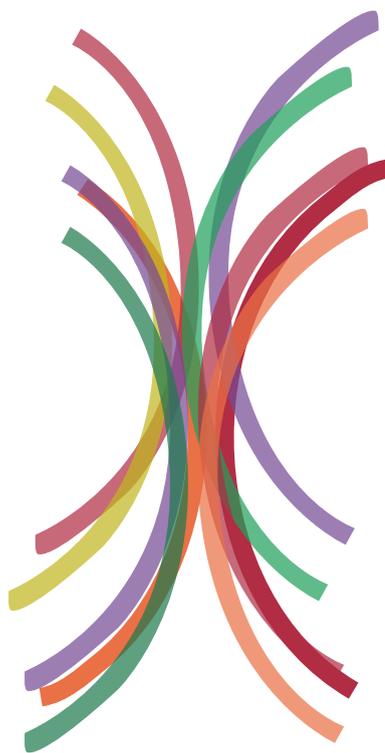


No es frecuente que las mujeres subsaharianas asistan a las consultas de planificación familiar ni a los controles de embarazo, pues consideran que este es un proceso natural y que no es necesario medicarse. Además de este motivo, **no acuden por la desconfianza que pueden sentir en los sistemas de salud occidental, ya que en la era colonial se hacían esterilizaciones en los mismos**, lo que significaba para las mujeres una auténtica desgracia.

Es probable que durante los primeros días la madre no preste mucha atención aparente al hijo/a, y evite hacer halagos al bebé como un modo de ahuyentar el mal de ojo. Se considera que **el cuidado del recién nacido pertenece al conjunto de la familia, sobre todo, a tías, primas, abuelas, y no solo a la madre**. Así, es frecuente que el **amamantamiento sea compartido** entre las diferentes mujeres en periodo de lactancia, especialmente cuando la madre está en fase de calostro, ya que no se considera bueno darle al bebé. Asimismo es **frecuente esperar unos días hasta decidir qué nombre ponerle, ya que este suele tener una significación social**, y para ello han de ver signos que ayuden al conjunto de la familia a decidirlo.

En caso de fallecimientos, no aceptan con facilidad la autopsia ni la incineración, y los recién nacidos que mueren no son considerados miembros de la familia, por lo que se realiza un rito funerario especial para ellos.

El contacto con las mujeres sub-saharianas en el pre y postparto, así como en las consultas de pediatría, pueden ser espacios muy adecuados para establecer la relación de confianza e iniciar el diálogo sobre su vida emocional y privada.



5 **Concepciones** de mujeres del África Subsahariana occidental sobre la **violencia** de género¹

¹ 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 África Subsahariana occidental (Nigeria, Benin y Costa de Marfil).



Las mujeres entrevistadas afirmaron que la violencia contra la mujer se da en todas las culturas, pero tenían la sensación de que se daba más en sus países de origen. Relacionaban esta impresión con la **falta de garantías de los derechos humanos en el continente africano.**

“Nosotros en África no tenemos derechos humanos. Cuando en África una persona te hace una cosa si tú no tienes dinero no puedes hacer nada. Hay más en África, aquí menos”.

“Hay mucho [aquí también], demasiado. Aunque tú vengas de trabajar y el hombre va a trabajar no tenemos el mismo dinero. Tú tienes que hacer la comida para tu marido, tú le tienes que servir los platos. Si tú no lo haces, tienes miedo que la parte de la familia política hable”.

Las mujeres identifican con claridad las dimensiones de la violencia de género: maltrato físico, verbal, psicológico... Incluso cuando el daño físico puede no ser muy grave, el psicológico puede ser devastador.

La **esperanza en que el agresor cambie** se señala como uno de los principales factores de continuidad, **junto con la dependencia económica y la presión familiar y social.**

Dentro de la violencia física, se señala la mutilación genital como uno de los problemas más graves para las mujeres y las niñas de hoy en su región.

“A veces lo físico no es muy grave, lo psicológico es peor. Le dice cosas a esa chica que yo de verdad me quedo con la boca abierta”.

“Yo pienso que la violencia no es sólo física, es lo que uno observa, lo que uno siente, lo que uno escucha, las discusiones. No si solamente me ha pegado y tengo un ojo morado, no, no es solo esto”.

“Es la convivencia día a día, a ver cómo tú estás viviendo día a día. A ver cómo evoluciona la cosa, su pronto, su más, su menos, a ver si la cosa cambia radicalmente, si te hace sentir culpable de algo que no eres culpable. Cuando él te habla, te habla hasta que tú te sientes de baja moral. Y tú te arrepientes y te hace sentir que tú eres la responsable de todo. No es solamente físico. Es lo que yo veo. El maltrato físico se ve, pero lo que está dentro no se ve. Y eso es lo que más mata, lo que más derrumba. Si tú no eres fuerte, si tú no tienes alguien al lado, un hombro. Eso es lo que yo considero que es maltrato, que no se considera mucho aquí. Lo que yo veo, eso es el maltrato que uno vive entre cuatro paredes”.

A su vez, **reconocen el alto grado de naturalización de la violencia hacia la mujer en sus países y la sumisión de las mujeres ante la falta de oportunidades.** Afirman que, debido a la dureza de las condiciones de vida o de las características sociales o económicas, **en los países de origen parece relativizarse mucho la violencia contra la mujer,** incluso, en algunos países el padre de su hija puede regalar un látigo a su marido para cuando su hija no actúe correctamente.



La familia tiene un gran papel en el mantenimiento del matrimonio.

“Lo que pasa es que nosotros somos africanos, (...) porque nosotros hemos venido de un país que la vida está un poco dura, entonces si nos encontramos en esta situación lo mejor que podemos hacer es tranquilizarnos. Porque, por ejemplo, si tu marido..., siempre las mujeres aguantamos un poco más”.

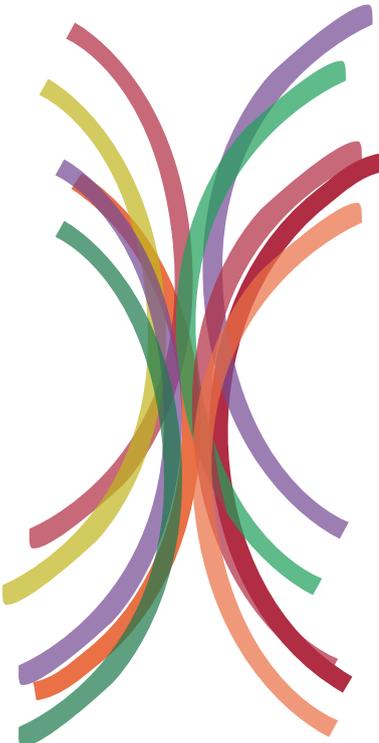
“En África, las mujeres somos sumisas, porque ha llegado un momento en que tú convives, te casas, estás en tu casa y vives con tu marido y tienes tu familia y nosotras cuando venimos aquí, somos del sudoeste de África, cuando tú discutes con tu marido, luego la familia viene y arregla las cosas. La mujer decide coger sus cosas y salir en casa de su padre y el hombre se queda. Es que siempre hay familia en medio que arregle las cosas. La familia está ahí como una piña, porque la familia de la mujer tampoco puede aceptar que maltrata a su hermana, a su hija o a su prima. Es una armonía que nosotros vivimos”.

También resulta significativa la afirmación de **la importancia del nivel de vida: si la mujer tiene una posición económica o social elevada, entonces parece que tendrá menos problemas y, en caso de tenerlos, la solución es mucho más rápida y efectiva.**

También **reconocen el cambio de mentalidad que ha supuesto, para ellas, el hecho de vivir en España** y que, en su país, las situaciones y las posibilidades serían muy distintas. **Allí se verían obligadas a aguantar situaciones que aquí no están dispuestas a consentir.**

- Finalmente, **creen que la consulta médica es un lugar adecuado para la detección de estas situaciones y que es imprescindible, además, concienciar a las mujeres de lo que no es aceptable ni tolerable ninguna forma de violencia contra ellas.**





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



6.1 Valoraciones y recomendaciones sobre el uso del cuestionario AAS

Las mujeres entrevistadas no hacen diferencias por cada pregunta, sino que hacen una valoración global, pues todas las cuestiones les generan las mismas inquietudes.

Lo primero que destacan es que **las preguntas son muy directas, agresivas para su modo de verlo, y que intimidan a la mujer.**

“Es demasiado directo, puedes hundir”.

“Yo creo que este cuestionario se tiene que mejorar. A mí me parece muy mal. Me parece vergonzoso lo que está ahí. Si siguen con estos cuestionarios, o preguntas o formularios o lo que sea, encima en la Comunidad Valenciana es donde matan a las mujeres más, ¿sí o no? Le están dando pie a los hombres. La cuestión no es que la gente que lo ha escrito tiene muchos diplomas, la cuestión es que ellos tienen que preguntar a la gente que sufre el maltrato. No es lo mismo un estudio que una cosa que te ha pasado. Teórica y práctica.”

En segundo lugar, **creen que esta labor de preguntar por estos temas no es trabajo del médico, sino de un/a psicólogo/a** que, además, pueda prestar a la mujer más tiempo y más atención. **Si les preguntara un/a médico/a no responderían con sinceridad.**

“Con estas preguntas muchas mujeres no van a salir aunque sean maltratadas. Empezar cuándo ha sido, cuántas veces... Yo pienso que primero la atienden, luego que te pase a un psicólogo. Entonces, mejor. Ahí va a hablar todo. Ese es el trabajo de un psicólogo”.

“Poniéndome en la piel de una mujer africana como soy, si yo voy al médico, por ejemplo, y estoy maltratada y me preguntan ‘¿estás maltratada, te han violado, te has hecho esto...?’. Lo primero que tengo que pensar yo es que es muy violenta esa pregunta. Primero me gustaría que me valorase el médico y luego que me ponga en manos de un psicólogo. Así puedo desahogarme tranquilamente. Sinceramente a esas preguntas una mujer africana no soltará prenda. Lo ocultaría porque es difícil, es muy difícil que una mujer africana se presente ante un médico, o la guardia civil o la policía a denunciar a su pareja. Es muy difícil, difícil”.

“Yo me quedaría con la boca abierta, no podría responder al médico. Yo me fui al médico para ver mi salud, no para hablar de esto. Yo no podría hablar con el médico de si mi marido me maltrata”.

“Yo no diría al médico las cosas como son, que soy una mujer maltratada. Que me empiece con una pregunta, si tu marido, tu hermano, no sé cuantos..., te ha hecho tal y tal, no lo puedo contestar. Lo ocultaría seguro, no le voy a decir nada”.



Se necesita **generar una relación de confianza y serenidad, dejar el tiempo que la mujer necesite para poder hablar de estos temas.** En este sentido, **si es una mujer también creen que facilitaría mucho,** dado que en ocasiones el mero hecho de **ser hombre se asocia con ser maltratador.**

“Yo quiero decir una cosa, yo al hombre normalmente le veo como una persona que maltrata, no hace falta que sea drogadicto o etc., es una persona que quiere maltratar. Hay gente que maltrata sin ser alcohólica, ni drogadicta. Hay que pensar también en eso. Hay un problema desde abajo, no solamente porque él ha tomado ha pegado a su mujer, no tiene nada que ver. Porque esa persona es un maltratador desde siempre y siempre lo será. Eso también tiene que investigarse. Para ver como la mujer lo vive desde que empieza el maltrato. Para poder poner la cosa en balance, para saber de qué origen viene todo esto”.

“Me gustaría que me pregunten con más calma, que me escucharan. La chica que yo te he dicho vive en la calle, está agobiada y necesita hablar con alguien.

Primero hay que coger un poco la confianza. Con calma, para que esa persona te pueda soltar lo que tiene dentro.

Es lo mismo que cuando tú te pones delante de una psicóloga. Es lo mismo. Te sueltas cuando tú te tengas que soltar”.

Opinan que también **es muy importante saber si después de confiar que está siendo maltratada la mujer va a ser protegida, si va a tener algún tipo de ayudas y cómo se va a proceder.** Creen que las mujeres africanas tienen mucha fuerza, pero necesitan tener la ayuda necesaria para confiar en alguien y saber que van a estar protegidas.

“Yo a día de hoy si me siento maltratada denunciaría. No voy a perdonar ni un minuto más. Que sea blanco, que sea chino, que sea africano. Si me siento maltratada hoy en día voy a denunciar. Tenemos hoy en día medios suficientes y podemos defendernos las mujeres. Podemos salir adelante sin él. Las mujeres más fuertes siempre han salido de África, siempre lo digo. Las amazonas siempre han salido de África para ir a las guerras. Si lo han hecho ¿por qué nosotras no lo podemos hacer para defendernos? Uno quiere, pero si no puede, no puede”.

Como formas de proceder, **proponen:**

“Yo preguntaría: ¿Qué pasa?, ¿Estás bien?, ¿Cómo estás? Y luego coges otra conversación, la picas por aquí y luego suelta. Esa persona empieza a coger la confianza y empieza a soltar. Poco a poco para que la persona se siente acogida, se sienta bien, con confianza, calmada”.

6.2 Valoraciones y recomendaciones sobre el uso del cuestionario DA

Se remite a lo comentado para el cuestionario AAS. Ellas no establecen diferencias entre uno y otro, pues remiten a otro modo de abordar el tema y ello incluye desde el primer ítem del AAS al último del DA.



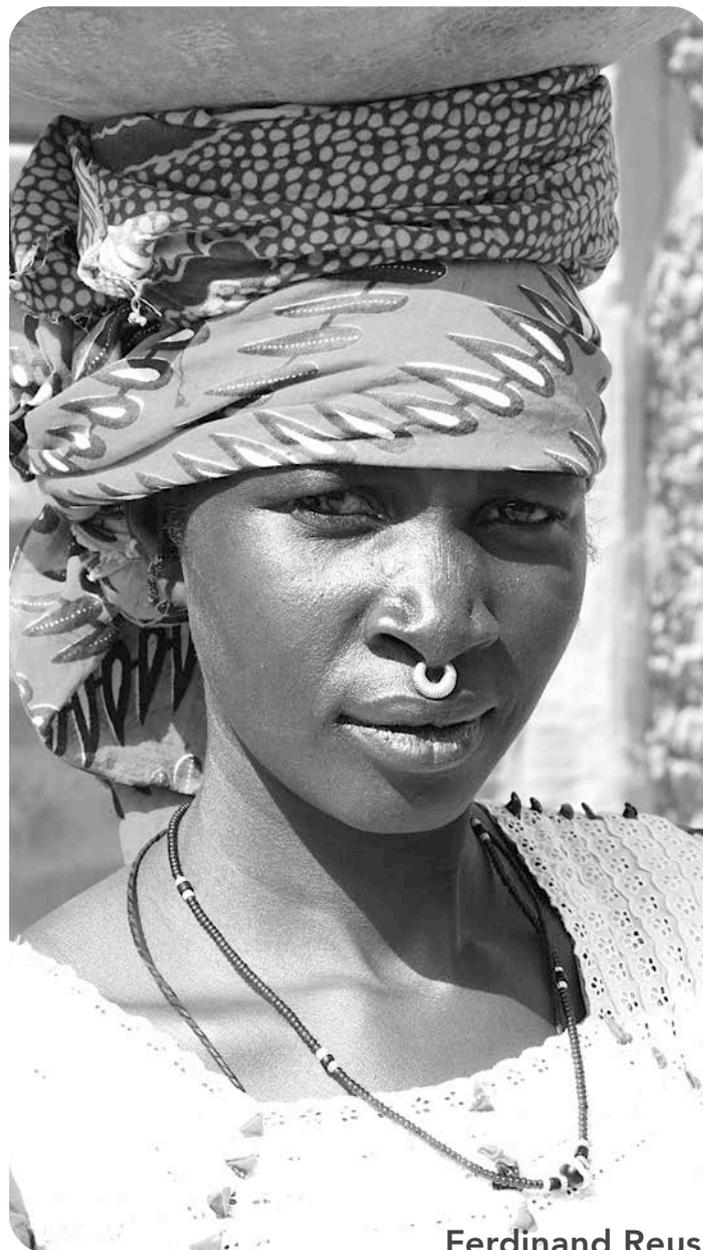


7 A modo de conclusión



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.



Ferdinand Reus





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

Casas, Miquel; Collazos, Francisco, y Qureshi, Adil (coords.) (2009). Salud e inmigración desde la perspectiva de la comunidad africana subsahariana. *Mediación Intercultural en el Ámbito sanitario. Programa de formación*. Barcelona: La Caixa. Disponible on line en: 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

García-Luengos, Jesús (2011). *El impacto de la Primavera árabe en África Subsahariana*. Madrid: Observatorio de Política Exterior española. Disponible on line en: www.falternativas.org

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

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

PNUD (2008). *Actuaciones generales en materia de género y Sida*. Disponible on line en: www.pnud.org

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

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



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

UNFPA (2012). *Sí a la opción. No al azar. Planificación de la familia, derechos humanos, y desarrollo. Estado de la población mundial 2012*. Disponible on line en: www.unfpa.org.mx

UNFPA (2013). *The Role of Data in addressing violence against women and girls*. Disponible on line en: www.unfpa.org



