



SEXUALIDAD e inmigración

Experiencias en la atención en sexualidad
desde un punto de vista INTERCULTURAL

Jornadas Unaf sexualidad e inmigración 2007-2009



SECRETARÍA DE ESTADO
DE INMIGRACIÓN
Y EMIGRACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL
DE INTEGRACIÓN
DE LOS INMIGRANTES



sexualidad e inmigración

Experiencias en la atención en sexualidad desde un punto de vista I N T E R C U L T U R A L

Dentro del programa de atención en sexualidad dirigido a población inmigrante, que **UNAF** desarrolla desde el año 2007 bajo la financiación y apoyo del **Ministerio de Trabajo e Inmigración**, se han realizado jornadas de formación dirigidas a profesionales de diferentes sectores, que se encuentran interesados, por su trabajo y contacto con esta población, en conocer y compartir líneas de trabajo en este área.

Como parte de las actividades, hemos considerado interesante unificar algunas de las ponencias e intervenciones de las diversas jornadas que hemos realizado dentro de este programa.

Esa es la intención de esta publicación que presentamos a continuación.
Esperamos les resulten interesantes.

UNAF
TELÉFONOS: 91 446 31 62 / 91 446 31 50
unaf@unaf.org
www.unaf.org
Unión de Asociaciones Familiares
C/ Alberto Aguilera, 3 - 1º izq.
28015 Madrid



La Organización mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como “una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura”.

Para apoyar el programa de salud reproductiva de la OMS, la UNAF, Organización no Gubernamental de apoyo a las familias, ha puesto en marcha desde hace varios años un Programa de Atención en Sexualidad para Personas Inmigrantes, Refugiadas y Desplazadas. Con él queremos contribuir a educar a las personas, en la atención a su propia sexualidad, sin complejos y con absoluta libertad para su desarrollo integral.

Para mejorar y dar continuidad a esta labor también se han preparado J diversas Jornadas de Formación para los profesionales que dedican su vida al estudio de la salud sexual de las personas, de todos y de todas y de los profesionales que trabajan con personas inmigrantes.

Este recopilatorio pretender dar a conocer una parte del magnífico trabajo que estos profesionales vienen realizando y que están sintetizados en las diferentes ponencias que recogen sus páginas, siempre con la idea de intercambiar experiencias y aspectos sobre la sexualidad del ser humano.

Quiero aprovechar y dar las gracias a todos los y las profesionales que han intervenido de una manera u otra, para posibilitar que este programa salga adelante, con el fin único del bienestar de todos los miembros que integran las familias.

Por último comentarles que estamos y seguiremos trabajando, para que la recomendación de la OMS sea una realidad, hoy y el día de mañana.

Juana Angulo Fernández

Presidenta de UNAF



índice

de contenidos

Educación y atención de las “sexualidades”... pero con sexología	Carlos de la Cruz	1
La sexualidad en personas inmigrantes. Algunas reflexiones	Ana Belén Carmona Rubio	6
Sobre el programa de atención en sexualidad dirigido a la población inmigrante	María Victoria Ramírez	11
Sexualidad e inmigración Reflexiones etnográficas “Ni de acá ni de allá”	Alfonso Antona	17
Prevención e intervención ante la Mutilación genital femenina	María Luisa Grande	28
Presión de la homofobia y la transfobia en los procesos migratorios	Gissela Pizarro	39
Algunas claves para aproximarse a la sexualidad humana	Silberio Sáez	44
Experiencia de trabajo en educación sexual con menores extranjeros no acompañados	Abdelouahed Amal Amane. Ana Lobera	52
Aspectos culturales de la sexualidad y las relaciones de pareja en la población china	Helena Amigo	62
Programas de salud sexual y reproductiva en Médicos del Mundo Aragón	María Pilar Orgilés	67
LGTB y migración	Lurdes Orellana	73
La inmigración femenina	Ana Bellochio	81
La prostitución masculina Un colectivo oculto y vulnerable	Iván Zaro	89
La atención sexológica con población inmigrante: distintos formatos, ¿distintos resultados?	Alberto del Egidio Moreno	102
S exortizando ...o Cómo ahuyentar sombras, tabúes y otros tópicos sexuales	Yolanda Ballota	107
La sexualidad en la comunicad turca	Ceren Gergeroglu	110







Educación y atención de las “sexualidades”... pero con sexología

Carlos de la Cruz Martín-Romo

Sexólogo y psicólogo

Ayuntamiento de Leganés

Co-director del Master en Sexología de la UCJC-IUNIVES

Colaborador de UNAF, ASPACE, CEAPA y Lasexologia.com

Educación y atención de las “sexualidades”... PERO CON SEXOLOGÍA

Hablar de Educación y Atención a las Sexualidades es fundamentalmente hablar del HECHO SEXUAL HUMANO, es hablar de chicos y chicas, de hombres y mujeres que son sexuados, que se viven como sexuados y que se expresan y se relacionan como tales. Por eso el objetivo de Educar y Atender la Sexualidad no es otro que el contribuir a que hombres y mujeres aprendan a conocerse, aprendan a aceptarse y aprendan a expresar su erótica de modo que se sientan felices, satisfechos y satisfechas.

Como puede observarse la Educación Sexual contribuye a evitar los embarazos no deseados, la transmisión de enfermedades como el SIDA y "otros malos rollos" ¿Cómo se puede ser feliz y sentirse satisfecho o satisfecha si se hace presente alguna de las cosas mencionadas antes? Pero el objetivo no puede limitarse a "evitar" esos "males". Nuestro objetivo es positivo, es conseguir.

Aunque parezca lo mismo no lo es. Una persona que sabe ser feliz y, por tanto, disfrutar de su erótica seguro que sabe evitar consecuencias no deseadas. Sin embargo lo contrario no siempre es cierto, una persona que sabe evitar consecuencias no deseadas no siempre sabe disfrutar y ser feliz con su erótica.

El Hecho Sexual Humano es algo que abarca a todos y todas, y esto, que suena como una simpleza, es uno de los pilares básicos. Evidentemente la Educación Sexual no es sólo para quienes pueden ser susceptibles de un embarazo no deseado o del contagio de una enfermedad de transmisión sexual. Hay que creerse que, de verdad, todos y todas significa todos y todas. Es básico. Tanto como tener claro que en ningún momento se plantean rangos, jerarquías o calidades, hablamos de **sexualidades en plural**. Por eso el modelo desde el que trabajamos es el mismo modelo trabajemos con quien trabajemos.

¿Qué queremos decir? Que da igual la procedencia cultural o geográfica, ser del medio urbano o rural, hablamos de todas las edades, desde la infancia a la tercera edad. De cualquier orientación del deseo, ya sea homosexual o heterosexual. De todas las identidades, incluidos transexuales y transgénicos. Y, por supuesto, también de los chicos y chicas, hombres y mujeres, con algún tipo de discapacidad, física, psíquica o sensorial o con parálisis cerebral. Repetimos sin rangos, jerarquías o calidades.

1



¿Hablamos de lo mismo?

Ya hemos dicho que tras el término "Educación Sexual" se esconden demasiadas cosas. Así podemos oír decir que se ha estado trabajando "sexualidad" con un grupo y lo que se ha hecho ha sido trabajar sobre la menstruación, o, quizás, sobre como se coloca el preservativo, o cómo lograr orgasmos o ¿quién sabe? Sobre el desarrollo del cuerpo, sobre como expresar sentimientos, sobre fantasías.... Muchas posibilidades ¿demasiadas?

Todo esto nos lleva a que, aunque parezca mentira, aclarar ciertos conceptos resulta más complicado de lo que parece. El lenguaje que hace referencia al Hecho Sexual Humano está repleto de términos ambiguos y evasivos: ¿Qué decimos o qué queremos decir cuando hablamos del sexo, de lo sexual, o de la sexualidad? ¿Es lo mismo hablar de lo que se es, de lo que se hace o de lo que se tiene?

Mirar hacia la Sexología ayuda a clarificarse. De ahí surge el Hecho Sexual Humano, como el Hecho de los Sexos, con sus tres realidades: la Sexuación, la Sexualidad y la Erótica. Estas tres realidades pueden estudiarse por separado, pero son vividas conjuntamente por todo ser humano ¡no puede ser de otro modo!

De la Sexuación

Construirse como hombre o como mujer se parece más al resultado de un proceso con muchísimos niveles y matices, que al resultado de lanzar una moneda al aire o a la simple consecuencia de una carrera entre espermatozoides. De ahí que utilicemos la palabra "sexuación", para subrayar la idea de proceso.

Es verdad que todo se inicia en el preciso instante de la fecundación. Tan verdad como que no acabará hasta la muerte. Entre estos dos momentos se van a ir concatenando toda una serie de niveles o estructuras que, progresiva y evolutivamente, van sexuando a cada individuo. Es decir, van haciéndole sexuado y, además, sin posibilidad de "no serlo". ¿O, acaso, es posible ser "no sexuado"?

Pues bien, todos estos elementos, estructurales y estructurantes, del sexo llevarán a uno de los dos resultados posibles: hombre o mujer. Aunque, por supuesto, cualquiera de estos resultados estará lleno de matices.

Los niveles de los que hablamos son muchos. El primero tiene que ver con el cromosoma, con la X o Y que aporta el espermatozoide. Pero eso es sólo el principio. Después vendrán: las gónadas, los genitales internos, los genitales externos, las hormonas... Y más adelante, tras el parto, aún sigue el proceso con la asignación de sexo, la crianza diferencial, la pubertad... el climaterio, la andropausia,...

Estos niveles deben verse desde una doble perspectiva: a cada nivel le corresponden dos posibilidades: hombre o mujer, y cada una de ellas está llena de grados o matices. De modo que cada cual se situaría en un punto del continuo, donde existen los extremos, pero donde también abundan las zonas comunes.

De todo esto se desprende una idea: Sexos hay dos, pero cada uno de ellos está repleto de posibilidades. Hay muchas maneras de "estructurarse" como hombre y muchas de hacerlo



como mujer. Es más, posiblemente no existan ni los hombres, ni las mujeres completamente “puros” en todos sus niveles. Un hombre siempre tendrá elementos, o gradientes, femeninos. Al igual que una mujer elementos, o gradientes, masculinos.

A la hora de trabajar, de todo esto de la sexuación, deberíamos sacar al menos dos cosas claras: una de ellas es que trabajar con niños y niñas, con chicos y chicas es trabajar con “complejidades”, con seres únicos e irrepetibles, pues cada proceso es peculiar. Y la otra es que ser hombre o mujer es algo más que lo que nos muestre uno de los niveles tomado independientemente.

De la Sexualidad

La Sexualidad es la manera que cada persona tiene de vivir “el hecho de ser sexuado”. Es una categoría subjetiva y no hace referencia, exclusivamente a funcionamientos anatómo-fisiológicos. Su referencia más clara son “las vivencias”, lo que cada cual se siente en su intimidad.

El niño, la niña, el hombre o la mujer toma conciencia de que hay personas de dos sexos. Su sexualidad será la manera propia de verse, sentirse y vivirse como ser sexuado, como uno de los dos sexos.

Es evidente que cada persona vivirá su sexualidad de distinta manera, que, dicho sea de paso, no es estable, sino que está en continua evolución. Y, además, así ha de ser, por supuesto, sin entrar en los terrenos de lo normal y lo anormal. El terreno de la sexualidad es el de lo peculiar. El terreno, en definitiva, de las sexualidades.

El papel del educador o de la educadora frente a este registro será el de procurar que cada niño, cada niña, cada cual, se conozca y se acepte, esté contento de lo que es y de como lo es. Como educadores y educadoras nos corresponde conocer el proceso, reconocerlo, respetarlo y protegerlo.

La vivencia del hecho de ser sexuados como hombre o como mujer podrá ser sentida en su matiz homosexual u heterosexual. Como es lógico en este caso también es importante manejarse con la doble perspectiva, dos posibilidades y muchos grados.

De la Erótica

La erótica es la forma concreta de expresar todo lo anterior, lo que somos y lo que vivimos. Y que, como es lógico, tiene múltiples y variadas formas. Cada cual tiene su propia erótica, como tiene sus propias peculiaridades.

Para el desarrollo de la erótica entran en juego muchos factores. Por supuesto todo lo anterior, pero también los propios valores y creencias, la forma de pensar y de entender las relaciones sexuales y las relaciones de pareja, los sentimientos y la importancia que se den a los mismos, así como todas las demás cosas que se puedan considerar importantes. De todo esto, así como de otras influencias, acabará surgiendo un tipo de erótica propia.

El objetivo del educador o de la educadora es que cada cual sea feliz con su forma de expresar la sexualidad. Y esto solo será posible si conseguimos despertar coherencias y evitamos forzar obediencias, si conseguimos que la erótica brote de cada cual y que no venga



impuesta.

Las formas de expresión tienen dos vías y las dos han de ser objeto de atención. Una son los deseos y otra los gestos. A sabiendas de que no siempre los deseos acaban teniendo su reflejo en gestos. De ahí que haya quien proponga, incluso, que estos dos apartados sean dos registros distintos.

Por último no debemos olvidar que si entramos en el campo de los gestos, estos son iguales de amplios y plurales que todos los apartados anteriores, que no se limitan a aquellos en los que la intervención de los genitales es relevante. También son expresiones de la erótica las caricias, el abrazarse, el coger de la mano, o los mordisquitos en el cuello... del mismo modo que los son el coito vaginal o el resto de penetraciones. Además, también están las fantasías, que por supuesto forman parte de la erótica.

En ocasiones hay quien confunde fantasías con deseos, pero no son lo mismo. Detrás de los deseos hay anhelos y ganas de que se conviertan en realidad. El mundo de las fantasías es otra cosa, no necesariamente está formado por deseos, aunque en ocasiones se mezclen. Las fantasías buscan la excitación o alcanzar satisfacción por sí mismas. Con las fantasías uno o una puede permitirse situaciones que, sin embargo, nunca se permitirían en realidad. Una última idea sobre las fantasías, "no son sucedáneos de nada", ni sólo sirven para preparar situaciones posteriores. Son, con toda legitimidad, expresión de la erótica del mismo modo que los gestos.

Los árboles y el bosque

Mucha de la Educación Sexual que se propone es una Educación Sexual sin Sexología. Una Educación que deja un poco de lado lo que la gente es y cómo se vive, para prestarle casi toda la atención a lo que la gente hace. O, más concretamente, a lo que hace con sus genitales.

Queremos decir que **los árboles del riesgo**: embarazo, SIDA, conductas inadecuadas, ... **nos han impedido ver el bosque del Hecho Sexual Humano**. Un bosque lleno de sexualidades y de peculiaridades. Y que está atravesado por tres caminos. Uno que entiende de "lo reproductivo", de su cultivo como valor y de evitar las consecuencias no deseadas. Otro que se dirige a "los placeres" y la satisfacción, y en el que el orgasmo es sólo un atajo. Y un último, quizás el primero, que habla de "lo relacional", del encuentro, de la atracción y del deseo.

Lo que estamos planteando es que las relaciones eróticas no son algo entre penes y vaginas. Si no entre hombres y mujeres, ya sean homosexuales o heterosexuales. Y esto significa que además del roce y los fluidos se mezclan expectativas, valores, miedos, deseos, creencias, identidades, ... se mezclan dos peculiaridades, dos sexualidades.

¿Es necesario repetir que, naturalmente, en este esbozo que presentamos caben todas las sexualidades? Por las mismas, nosotros y nosotras, hemos de contemplarlas todas si pretendemos situarnos de forma sensata frente a ellas. Es decir sin juicios previos, sin demasiados estereotipos, sin pretender que todo el mundo sea y sienta igual, y, sobre todo, sin creernos que hay mejores y peores.



Los tres registros y la Educación Sexual

¿Para qué nos sirven los registros? Para saber y aproximarnos al verdadero objetivo de la Educación Sexual, que, como repetiremos continuamente, no es otro que el que cada cual aprenda a conocerse, a aceptarse y a vivir y expresar su erótica de modo que sea feliz. Esto es, con su propia coherencia y respetando y aceptando otras coherencias. Sabiendo evitar además los malos rollos, que por supuesto no se limitan al embarazo no deseado o a la transmisión del VIH.

Otra insistencia, a modo de recordatorio: todo lo que estamos contando también tiene que ver con todas aquellas personas con discapacidad, sea ésta la que sea. Por supuesto tienen su proceso de sexuación, su peculiar manera de vivir la sexualidad, con la orientación del deseo que corresponda, así como sus modos de expresar la erótica. Por tanto, también tienen su posibilidad de ser feliz en este aspecto. Trabajar por la Educación Sexual es hacerlo por eliminar jerarquías dentro de la sexualidad. No hay sexualidad de primer o segundo grado, como, repetimos, no las hay mejores o peores. Se trata de que cada cual aprenda a ser el protagonista de su propia vida sexual, a sabiendas de que se es único e irrepetible, y éste sí que es un valor a cultivar.

¿Son las personas inmigrantes, refugiadas o desplazadas una excepción a todo esto? Evidentemente no, y quien tenga dudas que vuelva al comienzo del capítulo.





La sexualidad en personas inmigrantes. Algunas reflexiones

Ana Belén Carmona Rubio

Sexóloga y psicóloga

Programa de atención en sexualidad dirigido a población inmigrante. UNAF

Profesora del Master en Sexología de la UCJC

Presidenta de Lasexologia.com

abcarmona@lasexologia.com

La sexualidad en personas inmigrantes. Algunas reflexiones

En un tiempo relativamente corto, España se ha convertido en un país receptor de gran cantidad de población inmigrante. Este cambio social, ha llevado a la creación de diferentes servicios específicos y al replanteamiento de otros ya existentes.

Sabemos que la sexualidad es un hecho muy amplio y que merece ser atendido y tenido en cuenta no solamente cuando existen problemas —en toda la población, inmigrante o autóctona—. Pero la realidad es que han sido precisamente las estadísticas sobre estos problemas o urgencias —tasas de IVES, VIH-SIDA, embarazos no deseados, ITS— las que han promovido el interés por la creación de programas de atención específicos, al convertirse la población inmigrante en un nuevo grupo de vulnerabilidad ante tales riesgos.

Considero que las estadísticas en sí no sirven de mucho si nos quedamos solamente en los números y en interpretaciones superficiales. La primera lectura que nos ofrecen es que en los últimos años han aumentado el número de casos detectados de VIH y otras infecciones en población inmigrante. Podríamos decir lo mismo si nos fijamos en las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas a mujeres inmigrantes, en comparación con las realizadas a mujeres autóctonas.

Cabría preguntarse ¿a qué responde esta mayor vulnerabilidad?

Es interesante reflexionar sobre el hecho de que esta mayor vulnerabilidad ante el VIH y las ITS, por ejemplo, tiene que ver en muchas ocasiones con la situación de precariedad social, económica e incluso afectiva en que se encuentra el inmigrante en el país de acogida, sobre todo en las primeras etapas del proceso migratorio. A esto hay que añadir las dificultades para manejarse de manera autónoma en los recursos asistenciales y sanitarios, lógicas al enfrentarse a una sociedad nueva y distinta a la acostumbrada.

En el caso de las interrupciones voluntarias del embarazo, las tasas son precisamente más elevadas en aquellos grupos de mujeres que mayores dificultades tienen a la hora de acceder a la anticoncepción de emergencia —píldora poscoital—: adolescentes y mujeres inmigrantes.

Evidentemente, pueden existir, y de hecho existen, peculiaridades culturales —ideas, actitudes, percepciones... hacia la prevención, relaciones eróticas, métodos anticonceptivos— que predispongan a las prácticas de riesgo, y es nuestra labor conocerlas para poder abordar



de una manera más efectiva la educación sexual enfocada a la prevención. Pero es importante tener en cuenta que algunos aspectos que inciden en el cuidado de los riesgos tienen más que ver con la marginalidad y el desconocimiento de opciones y recursos, que con el hecho de ser inmigrante —con toda la variedad y diversidad que encierra esa etiqueta—.

El principal problema de haber convertido a los “inmigrantes”, por el mero hecho de serlo, en población de riesgo es que, cuando se habla de su sexualidad, el discurso gira en torno a cuestiones preventivas casi de manera exclusiva. Esto ocurre incluso cuando las propias personas, hombres y mujeres inmigrantes, hablan de su sexualidad.

En una ocasión, al iniciar un taller de sexualidad con mujeres inmigrantes de diferentes procedencias, pregunté a las personas asistentes: ¿de qué pensáis que vamos a hablar? Una de las mujeres que participaban en el, comentó: “Como somos mujeres inmigrantes, supongo que del aborto, de las enfermedades y todo eso, ¿no es así?”.

La sexualidad de todas las personas, también la de los hombres y las mujeres inmigrantes, merece la pena ser tratada y hablada en el sentido amplio de la palabra. Y comenzar a contar la sexualidad de las personas inmigrantes de otro modo: teniendo en cuenta los placeres, los deseos, las vivencias, las actitudes, las emociones... es un camino necesario, también si nos planteamos disminuir problemas.

Algunos aspectos culturales... reflexiones sobre el modelo de sexualidad y la experiencia con mujeres marroquíes.

En mi trabajo con población inmigrante, concretamente en la realización de talleres interculturales sobre sexualidad, he tenido ocasión de dialogar y conocer un poco más de cerca como piensan y viven la sexualidad algunas personas procedentes de otras culturas. Obviamente se trata de conclusiones que no se pueden ni deben generalizar a la totalidad de una cultura. Sería exagerado teniendo en cuenta la gran diversidad existente. Está claro que no todas las personas que pertenecen a una misma cultura, piensan, sienten y viven igual su sexualidad.

He encontrado también algunas coincidencias entre culturas, sobre todo en lo relativo al modelo de sexualidad y erótica en que nos hemos socializado. Charlando y dialogando con mujeres y hombres de distintas procedencias —diferentes países latinoamericanos, África Subsahariana, Marruecos...—, he observado que pese a encontrar diferencias en cuanto al grado de rigidez, prácticamente en todas las culturas, incluida la nuestra, hemos aprendido una concepción de la erótica y la sexualidad bastante reproductiva y coitocéntrica.

Aunque sabemos que considerar la sexualidad y la erótica desde este modelo no es una panacea para nadie, suelen ser justamente las mujeres las que mayores dificultades encuentran para vivir su sexualidad de una manera satisfactoria, sobre todo en aquellas culturas donde este modelo se encuentra mucho más arraigado.

El modelo de sexualidad más extendido, es un modelo que favorece mucho más el placer del hombre que el de la mujer. De hecho, aquellas expresiones de la erótica más acordes con el placer y el deseo femeninos, se encuentran bastante invisibilizadas. Por poner un ejemplo, en muchas culturas todavía se considera que la masturbación es solamente cosa de hombres. En el transcurso de un taller con mujeres marroquíes, quise contarles cosas



sobre el cuerpo, el placer, la masturbación... La mujer que hacía de intérprete, me comentó que le resultaba complicado transmitirles estos mensajes, porque no encontraba en el árabe la palabra “masturbación” en referencia a la mujer. Este hecho, nos hizo reflexionar sobre la gran invisibilidad del placer femenino.

Me di cuenta de que el discurso sobre sexualidad en muchas culturas y el papel que se atribuye a la mujer hacen bastante complicado el que la mujer pueda explorarse, conocer como funciona su cuerpo y su deseo. Porque si de algo no se habla, no existe. Experiencias como ésta me hacen reflexionar sobre el hecho de que aspectos como la sexualidad, la erótica y el placer femeninos, son aun temas pendientes en muchas culturas, en las que se encuentran incluso más silenciados que en la nuestra.

Por ilustrar estas ideas con algún ejemplo, comentaré la experiencia de algunos talleres realizados con grupos de mujeres marroquíes:

Cuando hemos organizado estos talleres, muchas de las participantes ponían como requisito para asistir al taller que no acudieran hombres. Por lo tanto, los grupos no eran mixtos, sino solamente formados por mujeres. No obstante, en las ocasiones en que hemos dejado abierto el taller, no han asistido nunca hombres marroquíes adultos.

Un aspecto curioso que observé es que existe cierta ambigüedad a la hora de considerar qué aspectos sobre la sexualidad están o no prohibidos en el Corán. Algunas mujeres comentaban que, según el Corán, está prohibido que el marido vea a la mujer desnuda, motivo por el que las mujeres mantienen relaciones coitales con una sábana agujereada a la altura de los genitales. Sin embargo, en los grupos las mujeres han debatido sobre estas cuestiones durante largo rato, ya que algunas diferían de esta prohibición. Así ocurría también con otras cuestiones de las que se hablaban en los talleres. Observamos, por lo tanto, que existe gran diversidad de opiniones en la manera de interpretar los textos del Corán, hecho que genera diferencias. Diferencias que no son para nada banales. Obviamente, las personas —mujeres— que viven sus creencias religiosas desde versiones más “prohibitivas”, se podrán permitir menos cosas en sus vidas eróticas y de pareja, que aquellas cuyas ideas e interpretaciones del Corán son algo más “permisivas”. Y digo “mujeres” porque los textos religiosos, son en general, en la mayoría de las religiones, más prohibitivos sobre la sexualidad femenina que sobre la masculina.

Este doble rasero a la hora de contemplar la sexualidad del hombre y de la mujer genera situaciones complicadas en las relaciones íntimas dentro de la pareja ya que los hombres suelen ser deseantes y demandantes de actividad erótica —genital y coital— mientras que las mujeres suelen encontrarse en una situación compleja: dado que su erótica se ha socializado más como enfocada a la maternidad que al placer, han tenido menos posibilidad de aprender sobre su propio placer y por tanto de desear actividad erótica. Al mismo tiempo, también suelen encontrarse con menos recursos —tal vez por su propia cultura— para negociar las relaciones eróticas. En alguna de las conversaciones con mujeres marroquíes, por ejemplo, varias de ellas planteaban preguntas en esta dirección: Si tu marido quiere tener muchas relaciones sexuales —coitales— y tú no ¿Qué puedes hacer? O Si te duelen las relaciones sexuales ¿Qué se puede hacer?



Por su parte, dado que desde la cultura islámica se valora en gran medida la virginidad en la mujer hasta el matrimonio, es relativamente frecuente que el hombre satisfaga sus deseos mediante el uso de la prostitución.

La propia cultura, al establecer “normas” desiguales y enviar mensajes diferentes sobre lo aceptado y permitido a hombres y mujeres, genera a su vez una trampa, que hace difícil la vivencia del placer en las relaciones eróticas y también su planteamiento. Pondré un ejemplo: hablando con chicos adolescentes marroquíes sobre las relaciones sexuales dentro de la pareja, y comentarles que dos personas pueden disfrutar juntas de muchas maneras —caricias, besos, masturbación, y también del coito aunque no solo—, algunos comentaban con cara de extrañeza: “¿Cómo le vas a decir a tu novia que te masturbe?” Eso mejor para las prostitutas... Como si dentro de una relación estable, determinadas prácticas estuvieran vetadas por considerarse como una especie de denigración. Supongo que por ser relaciones que encajan menos en el modelo reproductivo. No obstante, son relaciones deseadas por el hombre que, en todo caso, satisfacen fuera del contexto de relaciones más “serias” o estables.

Hablando con otras mujeres marroquíes, en algún otro taller, me comentaban que en Marruecos, aunque no existía educación sexual en los colegios, si que existían asociaciones y entidades que organizaban talleres similares sobre sexualidad y que trabajaban este tema. Les pregunté que si estaban abiertos a todo el mundo, y me decían que sí, pero que al final la gente que participaba era gente muy concreta; esto es, adultos —hombres y mujeres— de niveles socio-económico-cultural algo más elevados. De esto concluyo que, aunque existe la posibilidad de educación sexual, es un “bien” al que finalmente acceden pocas personas, y menos aun aquellas que tal vez más la necesiten.

En relación a estas cuestiones, he observado también que aquellas mujeres que, según sus comentarios, vivían la sexualidad como algo más prohibitivo —de acuerdo con algunos textos del Corán—, vivían también sus relaciones de pareja con una actitud de cierta sumisión y escaso poder de “decisión”, al menos en el tema de las relaciones eróticas, que era el tema sobre el que establecíamos diálogo. Escaso poder, por ejemplo a la hora de decidir si tener o no relaciones eróticas —coitales— a pesar de no querer o no desearlas, etc.

Como comentaba anteriormente, mi experiencia con población marroquí ha sido fundamentalmente con mujeres. No he tenido ocasión de trabajar con hombres marroquíes, pese a estar invitados en muchas ocasiones a los talleres. Nada me gustaría mas que poder conocer más y sacar también conclusiones sobre como piensan, como viven la sexualidad también los hombres de esta cultura.

Conclusiones y retos

Aunque la situación de la persona inmigrante puede ser muy variable, determinados momentos de los procesos migratorios suelen ir acompañados de circunstancias como la marginalidad, falta de recursos, pobreza, soledad... que influyen en la sexualidad de estas personas, dejándolas en situación de mayor vulnerabilidad ante los riesgos. Por eso, en estos casos, la atención en sexualidad debe ser un trabajo más asistencial que “sexológico”, ya



que solamente cuando hayamos solventado todas estas circunstancias relacionadas con el bienestar y la calidad de vida, podremos plantearnos la atención de la sexualidad desde la educación sexual. Y no solamente para hablar del VIH y SIDA, ITS o embarazos, sino para hablar de la sexualidad en toda su magnitud. Incluso cuando los objetivos sean disminuir riesgos, los contenidos a trabajar deben ir más allá de estos.

Normalmente, las personas inmigrantes o de otros países de procedencia que se encuentran bien adaptadas en nuestro país suelen usar los servicios sexológicos que ya hay disponibles para las personas autóctonas. Por eso me planteo que los servicios de atención sexual específicos para inmigrantes, son necesarios sobre todo para aquellos y aquellas que, o bien desconocen que la sexualidad es un aspecto a atender y a cuidar y que existen servicios y profesionales que les pueden ayudar, o bien se encuentran en situaciones de precariedad. Por poner un ejemplo, en ocasiones he trabajado con algunos grupos de inmigrantes de niveles socio-económicos más altos y bien adaptados al país —personal y socialmente—, y he de decir que me resultaba bastante parecido al trabajo con grupos de personas autóctonas. Hasta el punto que en estos talleres, el número de hombres era elevado —en algunos casos incluso eran mayoría—, hecho que no es demasiado frecuente ni entre la población autóctona.

El trabajo con mujeres marroquíes suele ser reconfortante porque son mujeres que, pese a su tradición cultural, acuden con bastante curiosidad e interés a los talleres de sexualidad. Para muchas, suele ser la primera vez que hablan en grupo sobre sexualidad y así me lo han manifestado en algunas ocasiones. No obstante creo que sin la presencia de los hombres en este tipo de actuaciones, los cambios o aprendizajes que puedan hacer las mujeres difícilmente van a poder llevarse a la práctica.

Son muchos los aspectos o temas por descubrir e investigar dentro del trabajo en atención en sexualidad con población inmigrante. Por ejemplo, sabemos poco sobre como piensan o viven la sexualidad algunos grupos concretos a los que resulta especialmente difícil acceder mediante estos programas, como la población china, o las mujeres y hombres que ejercen la prostitución —en su mayoría, inmigrantes—.

Por citar otros ejemplos de otras situaciones de las que sabemos poco y sobre las que se hace necesario plantearse modos de intervenir, está el caso de los grupos de mujeres de algunos países del África subsahariana —Somalia, Mali...— que han sufrido mutilación genital. ¿Cómo trabajar este tema? ¿Cómo trabajar el auto-conocimiento genital con mujeres cuyos genitales se encuentran mutilados? ¿Y si el placer genital es una demanda por su parte? ¿Qué sabemos sobre esta cuestión? ¿Con qué recursos cuenta el personal sanitario al encontrarse con alguna mujer que ha sufrido mutilación genital? Son muchos los interrogantes. Queda mucho por saber aún.

Por eso, considero que de cara a el trabajo sexológico con esta población, nos encontramos en una primera fase, en la que se hace necesario partir de los recursos con los que ya contamos para ir desarrollando mejores maneras de abordar dicho trabajo. Sembrar el diálogo, hacer visible la sexualidad y transmitir que estamos dispuestos a hablar de ella, **pueden ser buenos puntos de partida.**





Sobre el programa de atención en sexualidad dirigido a la población inmigrante

Maria Victoria Ramírez Crespo

Sexóloga y psicóloga

Programa de atención en sexualidad dirigido a población inmigrante. UNAF

Profesora del Master en Sexología de la UCJC

Vicepresidenta de Lasexologia.com

mvramirez@lasexologia.com

Programa de Atención en Sexualidad a la Población Inmigrante– Unión de Asociaciones Familiares.

Objetivos del programa.

Desde la UNAF se está llevando a cabo desde el año 2007 un programa de atención en sexualidad a la población inmigrante, con el que se pretende facilitar atención y educación sexual a este colectivo, prestando especial atención a las características que presenta.

En este programa pretendemos facilitar a las mujeres y los hombres inmigrantes conocimientos, actitudes y destrezas para el cuidado integral de su sexualidad, promoviendo así mismo el acceso y utilización de los servicios sanitarios y de salud sexual.

La educación sexual no consiste simplemente en lograr evitar los embarazos no deseados o la transmisión de ITS (infecciones de transmisión sexual). La educación sexual también tiene como objetivos el lograr que cada persona se sienta digna de amor, sea capaz de establecer relaciones amorosas de buen trato, relacionarse de una manera equilibrada, reconocer sus derechos a nivel erótico, tomar decisiones de manera libre en pos de su felicidad, saber pedir, decir no cuando así lo quiera, atender a sus deseos, disfrutar de las relaciones eróticas que decida tener, saber que existen relaciones eróticas de muy diverso tipo (no sólo el coito), cuidarse...

Todo ello es lo que intentamos promover con el presente programa.

Una realidad desconocida.

Los distintos colectivos que forma la población inmigrante en España presentan características específicas que merece la pena conocer para ofrecer una correcta atención en sexualidad. De cara, no sólo a la prevención, sino también a otros factores relacionados con el desarrollo de una sexualidad armoniosa (satisfacción erótica, buen trato en las relaciones amorosas...), necesitamos saber mucho más.

Como hemos comentado antes, la atención en sexualidad no sólo es necesaria para la prevención de embarazos o ITS, sino también para mejorar en general la forma en que las personas vivimos nuestra sexualidad, y para proteger los derechos sexuales y reproductivos, que son derechos humanos.

II



Durante el desarrollo de este programa nos hemos acercado con curiosidad e interés a la sexualidad de las personas inmigrantes en España, a sus vivencias, sus ideas, sus opiniones, su forma de entender el hecho de ser mujer u hombre, su concepción de la erótica humana, su manera de cuidar la salud sexual, sus conocimientos sobre sexualidad, las prohibiciones y permisos al respecto, el uso de los recursos sanitarios...

En el desarrollo de este programa, y en nuestra labor como sexólogos, hemos aprendido algunas cosas sobre la sexualidad de la población inmigrante, pero también hemos constatado cuánto nos queda aún por conocer al respecto. Hay colectivos de población inmigrante de los que lo ignoramos todo o casi todo con respecto a su forma de vivir la sexualidad o de pensar sobre ella. La población procedente de India, de Pakistán, de Nepal, de Irán o de Palestina, por poner algunos ejemplos, ¿cómo vive su sexualidad, cuáles son sus costumbres, qué reflexiones ha generado al respecto?.

En la sociedad occidental nos ha costado mucho abordar ciertos temas que tienen que ver con la sexualidad, al igual que ha sucedido y todavía sucede en otras culturas. Se hace preciso que los agentes que trabajan en contacto con población inmigrante presten atención también a esta cuestión, y, entre todos y todas, vayamos investigando, informándonos y conociendo poco a poco más sobre su forma de vivir la sexualidad.

Fomentar el diálogo.

Durante el desarrollo del programa, hemos fomentado el diálogo sobre la sexualidad de la población inmigrante. Nuestro objetivo era impulsar el que las propias personas inmigrantes hablaran entre ellas sobre sexualidad, intercambiaran información y conocimientos, y se cuidaran todo lo posible en este aspecto. Igualmente, hemos dedicado nuestros esfuerzos a lograr que las profesionales y los profesionales que trabajan con población inmigrante “pusieran en la agenda” la atención en sexualidad, le dedicaran también algo de su tiempo y esfuerzo. En cuanto a las profesionales y los profesionales de la salud, y en especial de la salud sexual, nuestra intención ha sido promover el que se preste atención a las características específicas que presentan ciertos colectivos de población inmigrante de cara a facilitarles el uso de los recursos y la adquisición de hábitos saludables.

En las distintas comunidades autónomas en las que hemos desarrollado el programa, hemos procurado incentivar actividades que tuvieran como objetivo la atención en sexualidad de las personas inmigrantes, potenciar las ya existentes (dándoles voz en cursos y jornadas, ofreciéndoles materiales de educación sexual y también orientación sexológica...), y por supuesto, aprender de otras personas que están realizando nuestra misma labor. Consideramos que un buen agente de educación sexual siempre trata de potenciar la labor de otros agentes, se coordina con ellos, aprende de ellos, y les ofrece apoyo.

Por ello, hemos intentado fomentar el diálogo al respecto, recordando siempre que es importante evitar el silencio o tratar la sexualidad de la población inmigrante sólo cuando aparece como “problema”.



Los derechos humanos como marco de referencia.

En el trabajo en sexualidad con personas procedentes de otros países, podemos encontrarnos con tradiciones y creencias muy diversas, y no es extraño que nos asalte la duda de si debemos intervenir o no para cambiar ciertas formas de vivir la sexualidad, o de pensar sobre la misma.

No debemos olvidar que el respeto por las distintas culturas (incluida la nuestra) no implica que no podamos reflexionar y dialogar sobre las distintas posibilidades que abren o cierran ciertas ideas o creencias, aún aquellas de larga tradición histórica (y esto incluye también, por supuesto, a nuestra propia cultura). Las sociedades del mundo avanzan y evolucionan gracias al pensamiento crítico, al diálogo y la reflexión.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos. Cualquier tradición, por muy larga que sea su historia, que atente contra dichos derechos, merece ser revisada. También en los aspectos referentes a la sexualidad. Y cualquier tradición que muestre consideración por dichos derechos, por muy distinta que sea de las nuestras, merece ser respetada.

Descripción del programa.

En el programa de atención en sexualidad a la población inmigrante de la Unaf participamos tres sexólogos: Carlos de la Cruz Martín-Romo, Ana Belén Carmona Rubio, y yo misma, María Victoria Ramírez Crespo, aunque su desarrollo es posible gracias a la colaboración del personal de la Unaf, y de muchos otros colaboradores y colaboradoras (trabajadoras y trabajadores de ONGs y asociaciones de inmigrantes, voluntarias y voluntarios de dichas entidades, personal de centros de salud, profesoras y profesores, mediadoras y mediadores culturales, profesionales de la sexología... y por supuesto, las propias personas inmigrantes).

El programa consta de una serie de actividades:

- La edición y distribución de una serie de materiales sobre sexualidad e inmigración: una guía de sexualidad para inmigrantes; una guía para profesionales, que ofrece claves para atender la sexualidad de las personas inmigrantes; folletos de educación sexual en varios idiomas (español, árabe, francés, inglés, rumano, chino, ruso...); carteles fomentando el cuidado de la salud sexual en varios idiomas (español, inglés, árabe, rumano...); y la presente publicación, en la que damos difusión a varias ponencias realizadas en nuestras Jornadas sobre Sexualidad e Inmigración.

- Jornadas sobre sexualidad e inmigración. Hasta el momento hemos realizado 9 jornadas en diversas ciudades españolas (Madrid, Zaragoza, Jaén, Albacete, Tenerife, Valencia, Granada...) sobre sexualidad e inmigración, en el transcurso de las cuales hemos tenido ocasión de difundir los conocimientos obtenidos en nuestra experiencia del programa, de aprender de otras experiencias de educación y atención en sexualidad a personas inmigrantes, y de conocer un poco más cómo se vive la sexualidad en otras culturas. Estas jornadas nos han permitido intercambiar conocimientos sobre sexología, pedagogía e inmigración. También nos han permitido trabajar actitudes, reflexionar juntos, fomentar el diálogo sobre el tema



y propiciar que se le preste atención. En total, hemos tenido la satisfacción de contar con más de 600 asistentes de nacionalidades muy diversas.

- Cursos y talleres con profesionales. En nuestra experiencia, hemos comprobado que es muy fructífero ofrecer claves de sexología y educación sexual a los profesionales que trabajan con población inmigrante, por lo que, además de las jornadas, hemos ofrecido cursos fundamentalmente dirigidos a voluntarias y voluntarios de asociaciones, personal de ONGs, monitoras y monitores, mediadoras y mediadores, así como a profesionales de la salud y de la enseñanza. Cuando observábamos que la población inmigrante presentaba características que nos harían difícil realizar educación sexual directamente con ellos o ellas, hemos trabajado con los profesionales de los centros. Por ejemplo, con algunos grupos de chicos menores marroquíes que llevaban poco tiempo en España, no dominaban el idioma, y conocían poco aún de nuestra cultura, comprobamos que resultaba muy útil trabajar con los educadores (que tenían más ascendiente sobre ellos, los veían a diario, y podían ofrecer claves de educación sexual con más eficacia y profundidad que si se las ofrecíamos nosotras puntualmente). Los cursos con profesionales han surgido, por tanto, a raíz de la demanda de los centros, y de la necesidad de hacer llegar la educación sexual a personas inmigrantes con determinadas características, que harían difícil el aprovechamiento de un taller o la asistencia al mismo.

- Talleres de sexualidad con personas inmigrantes. Hemos realizado unos 40 talleres de este tipo en toda España, con más de 400 beneficiarias y beneficiarios, que eran originarios fundamentalmente de Marruecos, de América Latina, o del África Subsahariana. Muchos de estos talleres han consistido en “diálogos sobre sexualidad”, es decir, la sexóloga proponía un tema (anticoncepción, maternidad/paternidad, placer erótico, orientación sexual, educación sexual de las hijas y los hijos, sexualidad femenina y masculina, anatomía reproductiva y erógena, prevención, roles de género...) y las asistentes y los asistentes intervenían dando su opinión, comentando sus ideas... al hilo, la sexóloga iba ofreciendo información sexual, trabajando actitudes, aportando conocimientos, y facilitando el acercamiento a los recursos existentes. En estos talleres se han generado reflexiones conjuntas de gran interés.

Los talleres realizados con personas adultas no han tomado la forma de charlas magistrales porque consideramos que, tratándose de personas procedentes de culturas en ocasiones muy diferentes a la nuestra, era más apropiado un intercambio y un diálogo que una transmisión unidireccional de conocimientos y opiniones. Aunque cabe señalar que en educación sexual, siempre que es posible, es deseable promover el diálogo y la reflexión, también con población nacional.

Los talleres realizados con menores han sido más directivos, aunque también se ha promovido el intercambio de ideas, intentando siempre “enseñar a pensar sobre sexualidad”, más que el ofrecer simplemente un conjunto de conocimientos.

En nuestra experiencia, hemos comprobado que los grupos funcionan mejor con gente que lleve un tiempo en España y comprenda un poco cómo funciona el país, el sistema de salud (también en el taller se puede informar más al respecto), y la cultura. Los talleres menos provechosos posiblemente hayan sido los realizados con chicos (hombres) jóvenes proce-



dentes de Marruecos que llevaban muy poco tiempo en España y apenas conocían la cultura, pensamos que en estas circunstancias se daba un choque cultural excesivo que causaba una menor asimilación de los contenidos del taller. En general, con los grupos de mujeres casi todos los talleres han resultado bastante provechosos.

También encontramos que los talleres ofrecen mejores resultados cuando las personas que conforman en el grupo ya han realizado otras actividades juntas, de manera que existe un cierto conocimiento y confianza entre ellas. Hemos observado que por ejemplo las mujeres marroquíes acuden con más probabilidad a un taller de sexualidad si acuden acompañadas de otras amigas o conocidas. Si el taller se realiza en el marco de una actividad ya en marcha (como por ejemplo, integrado dentro de un taller de autoestima, de habilidades para el empleo, de cuidado de la salud, o incluso de las clases de español...) también suelen obtenerse mejores resultados por lo que se refiere a asistencia y participación.

- Otras actividades: dentro de las labores de difusión de información sexológica y de educación, también hemos realizado intervenciones en medios de comunicación (radio, televisión, y prensa escrita dirigida a población inmigrante). Pensamos que esta forma de ofrecer educación sexual es muy útil, porque llega a una población muy numerosa, y a la que posiblemente no tendríamos acceso a través de otras actividades. También hemos llevado a cabo visitas a ONGs, centros de atención a inmigrantes y de salud sexual, así como colaboraciones con estas entidades (asesoramiento personalizado, orientación ante determinadas situaciones, indicaciones para promover hábitos de cuidado...).

Estas son las actividades que llevamos a cabo en el programa, y que esperamos ir ampliando y mejorando en el futuro. Durante el desarrollo de las mismas, hemos comprobado cuán necesaria es nuestra labor. La educación sexual sigue siendo la asignatura pendiente en España, pero es aún más deficitaria en otros países del mundo.

La información sexual sigue siendo escasa, se mantienen muchos mitos sobre la sexualidad, la prevención en algunos casos brilla por su ausencia, se piensa erróneamente que las infecciones de transmisión sexual no existen o sólo afectan a ciertos grupos, el preservativo sigue siendo rechazado (principalmente por los hombres), la idea de encuentro erótico sigue girando en torno al coito, y la libertad erótica o el respeto de los derechos (la igualdad de género, la aceptación de la diversidad sexual...) todavía tienen mucho camino que recorrer para ser una realidad.

Evidentemente, estas circunstancias afectan a mujeres y hombres, pero son las mujeres y las eróticas no normativas (ejemplo: las personas homosexuales o transexuales...), las que más las sufren.

Pero recordemos: la sexualidad es una fuente de felicidad y no solo de problemas. Por ello, como hemos comentado antes, no habría que pensar en atender la sexualidad en la población inmigrante sólo cuando aparezcan dificultades. Y en nuestro trabajo no sólo hemos encontrado "dificultades". También, en muchas de las personas inmigrantes con las que hemos trabajado, la sexualidad (y sus manifestaciones, las sensaciones y emociones que provoca, el deseo y la ilusión de un encuentro amoroso o de una pareja...) constituía una fuente de satisfacciones, un estímulo vital, un motivo de felicidad e ilusión. También en la

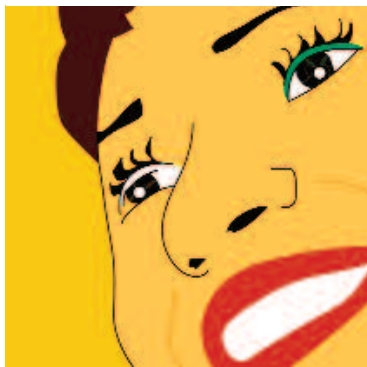


migración, una situación personal que resulta muy dura a veces, la sexualidad puede constituir una fuente de riquezas y no de contrariedades.

La sexualidad es un valor, y la forma en que la vivimos influye en nuestra calidad de vida, y puede potenciar una existencia individual y social armoniosa.

Por todo ello seguiremos trabajando.





Sexualidad e inmigración

Reflexiones etnográficas

“Ni de acá ni de allá”

Alfonso Antona

Antropólogo. Sexólogo

Técnico en Cooperación-Ayuntamiento de Madrid

Entre un fui y un seré
construyendo un soy,
buscándome entre otras gentes
en otro lugar...(María J. Jiménez)

Introducción

En España la recepción de migrantes es un hecho reciente, por lo que, al no tener una población inmigrante relevante, eran y siguen siendo pocas las etnografías que vinculan sexualidad e inmigración. La mayoría de los trabajos de investigación en los que se unen migración y sexualidad están referidos a la prostitución y VIH/SIDA (Dader, M.; Bolaños, E y Torres, A.:1999; Nieto 1997), mujer-trabajo (Maqueira, 1997) prostitución (varias autoras) o a prácticas como la mutilación genital femenina (Kaplan 2002).

El estado español, en la última década, ha pasado de emisor a receptor de personas migrantes. En el año 2007, la población inmigrante supone el 9,93% de la población, 4,5 millones de personas de las que el 53% son mujeres. Con una gran variabilidad en la distribución geográfica y procedencia.

Las nacionalidades predominantes son la marroquí, la rumana y la ecuatoriana. Suponen casi la mitad de la población inmigrante registrada. Fuera se quedan bolsas de inmigración “ilegal” y alegal de difícil cómputo.

Como consecuencia de la interacción entre migrados y el contexto cultural de recepción, han aparecido algunas nuevas situaciones; incremento de la tasa de fertilidad, nuevas relaciones de pareja y algunos tipos de matrimonio (mixtos y de conveniencia), variación del perfil de las “profesionales del sexo”, etc.; que están produciendo nuevas realidades sociales, que han suscitado la aparición de algunos discursos sociales a propósito de la sexualidad de las y los inmigrantes a los que se les atribuye etiquetas estigmatizadoras que dificultan los procesos de integración.

Partimos de la hipótesis de que las representaciones sociales, normas, valores, discursos, prácticas de la población inmigrante, manifiestan significativas transformaciones al cambiar el contexto cultural tras el proceso migratorio.

Se analizan los modelos ideológicos y discursivos sexuales hegemónicos comparativamente entre los países de origen en contraposición a los españoles. Haremos una discreta aproximación a diferentes representaciones sociales sobre sexualidad que se re-construyen y describiremos y analizaremos como infieren los cambios contextuales en la sexualidad, la reproducción y los sistemas de género.

17



Son múltiples las sexualidades, formando un calidoscopio cultural que no admite planteamientos reduccionistas. La población latinoamericana comparte con la población española patrones normativos derivados de una ideología reproductorista judeo-cristiana, basada en estructuras e instituciones como la pareja heterosexual, la familia y el parentesco que modela y moldea los roles de género, las prácticas y conductas sexuales, las relaciones de pareja y las estrategias de reproducción. Pero además de las semejanzas, también existen diferencias estructurales y culturales que singularizan a cada una de ellas. Procesos mucho más diferenciales aparecen si comparamos otras procedencias culturales como la magrebí, subsahariana, etc.

Creo preciso cerrar el foco de atención, pero en estas notas, he optado por un juego de flashes que ayuden a la apertura del debate.

Insisto. La sexualidad es una construcción histórica, cultural y social (Gagnon, 1977; Weeks, 1993, Hawkes, 1996; Tiefer, 1996; Horrocks, 1997; Nieto, 1993, 2003). Siguiendo a Nieto (2003: 19), “Forzando los postulados pudiera decirse que los conceptos de sexualidad y sociedad, si no son intercambiables, corren y se expresan en paralelo”. Así, la sexualidad se construirá diferencialmente según los contextos culturales e históricos. Las representaciones sexuales serán interiorizadas en un proceso educativo que no es inmutable, es decir, cambiando las condiciones contextuales, las personas pueden redefinir parte de los procesos internalizados como los roles de género, las estrategias de reproducción, etc.

Las costumbres, siguiendo la definición de habitus de Bourdieu (1997), habrá que analizarlas como sistema de disposiciones duraderas y transferibles que pueden actuar como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones. En este sentido, las costumbres socialmente construidas son la base para la acción y el pensamiento, y han sido incorporadas por los individuos consciente e inconscientemente, generando una forma de ser y de hacer resistente a los cambios. Sin embargo, la sexualidad no es algo estático, cambia cuando lo hacen los estilos de vida, los grupos de relación y los contextos sociales próximos y remotos. Pero estos cambios son individuales y varían de persona a persona, por lo que sería más correcto hablar de “cambios” que de “cambio”.

El proceso migratorio y el cambio contextual permitirán adentrarnos interpretativamente en el binomio naturaleza-cultura. “Cuando se utiliza el concepto inmigrante como categoría social, pone de manifiesto algunas dinámicas de las relaciones interétnicas en nuestra sociedad. Cuando se apela a la etno-nacionalidad como objeto explicativo de prácticas y discursos y se intenta utilizar como argumento para mostrar algunas diferencias culturales, es frecuente recurrir a “lo innato”, (como sinónimo de natural, biológico o genético) más que a lo contextual. De esta forma, las explicaciones en el orden natural obliteran las posibilidades de superar estas diferencias y de pasar al orden de lo social, explicado por los conflictos, las desigualdades económicas y políticas, las imágenes de los inmigrantes, etc. (Castillo, 1999)

La sexualidad en los procesos migratorios

Si bien la sexualidad y la migración por separado han sido objeto de estudio en antropología, no es común que formen un objeto único. Mientras los procesos migratorios han tenido una cierta presencia en este campo del conocimiento, no ha corrido la misma suerte la sexualidad, tradicionalmente silenciada o enmarcada en otros motivos de investigación (Nieto,



1993).

Para el análisis de la sexualidad migrante, se hace preciso reflexionar sobre los procesos de asimilación-integración, el género, la economía y los procesos migratorios, la historia, etc.; con especial incidencia en algunas cuestiones epistemológicas a propósito del trinomio cultura-sexualidad-migración.

Así, sexualidad-inmigración, nos enfrenta una serie de términos polisémicos, cargados de muy disparares significados; poliédricos, con multitud de caras y facetas condicionadas en función de las aproximaciones y focos desde los que se aborde y, en consecuencia, polémicos.

Los procesos de globalización y la inmigración

Queda en evidencia la necesidad de romper la dicotomía universalismo versus particularismo. En un contexto global, lo local, insiste en no perder ciertas cotas de protagonismo. Así, la sexualidad, en los procesos migratorios se nos presenta como una sexualidad globalizada. Aparece una especie de melting pot sexual configurado por una pertinaz ambivalencia entre la inmanente construcción cultural de origen y la pujante re-construcción sexo-cultural en destino.

Es interesante la perspectiva histórica en el momento de intentar comprender como se construye el yo sexual inmigrante. Los migrantes españoles hacia América Latina, la criollización de la sexualidad y la contraposición a la “realidad” de la madre patria durante la migración es una visión que merece un análisis en profundidad. El indiano sexual o el europeizado inmigrante de la década de los 60, son dos figuras retóricas que me sirven como instrumento analítico.

Demografía. Estructuras demográficas de la población inmigrante. Tasas de fecundidad, natalidad, IVES, matrimonios, etc.

No es el objeto de esta ponencia el análisis desde una perspectiva estadística. Pero si nos acercamos al estado de la cuestión, las tasas, frecuencias y otras unidades de análisis estadísticas pueden servirnos de referencia y apoyo a la comprensión de la “realidad”. La valoración del peso demográfico de los grupos objeto de estudio y como influyen en el país de origen. Comparativas demográficas que nos muestren pautas sexuales y reproductivas similares, diferentes y diferenciadas.

A modo de ejemplo. La tasa de fertilidad de la población migrante es mayor que la de las mujeres autóctonas. Por otro lado, según las cifras que proporciona el Ministerio de Sanidad (2002) y algunas clínicas (Dator, 2003), la prevalencia de aborto en mujeres procedentes de Latinoamérica es cuatro veces mayor que en las españolas. En estas nuevas condiciones de existencia y estructurales las creencias sobre la anti-concepción y aborto se re-significan. Sin embargo, y a modo de ejemplo, cuando analizamos en población adolescente las tasas de IVE, en función de las tasas de fertilidad, y según muestra el Estudio de Salud del Ayuntamiento de Madrid (2006), aparece que la proporción de embarazos que acaban en IVE es igual en los dos colectivos, alrededor del 50%. Caer en xenofobia etnográfica es tentador si no reinterpretemos los datos.



Inmigración y estrategias de producción y reproducción. Sexualidad-relaciones económicas.

Las estrategias de reproducción; nacimientos, abortos, número de hijos, agrupamientos y reagrupamientos familiares, son fundamentales para la comprensión de la sexualidad migrante. Qué varía y qué permanece, muestran como la sexualidad ligada a la reproducción pierde peso en tanto que los cuerpos se convierten en reconfiguradas herramientas productivas. En el otro lado de la balanza, la sexualidad es utilizada como vehículo para el acceso a sistemas y medios de producción.

Para la persona migrada, la decisión de tener hijos puede tener un carácter instrumental (conseguir la residencia), significar un grave problema para seguir trabajando, sobre todo en las condiciones laborales que tienen muchas de ellas, o en el caso de mujeres con pareja en el país de origen y haber migrado sola, poner de manifiesto la existencia de relaciones paraconyugales.

Género, migración y sexualidad. Re-visión de los roles de género en un nuevo escenario relacional

Los sistemas de género se han mostrado como una de las re-construcciones de la sexualidad más evidentes. La modificación de los roles de género, sobre todo en las mujeres, la división sexual del trabajo, la puesta en cuestionamiento del poder económico hegemónico del varón, etc. Muchas mujeres como puede ser el ejemplo de las ecuatorianas y dominicanas emigran solas; convirtiéndose en “jefas de hogar”, allá o acá, en el país de origen o en España, configuran un nuevo proletariado de los servicios y del empleo en precario. De ellas van a depender buena parte de los ingresos familiares, la composición de la estructura familiar y la adaptación al medio (cohesión, ruptura o nuevo núcleo familiar en el país de destino, educación de los hijos e hijas, etc.). Estos procesos re-definirán algunas dimensiones de los roles de género; el control que ejerce el entorno microsocial (esposo, familia, vecinos, etc.) en su lugar de origen puede aparecer alterado o re-construido una vez instaladas en el país de destino. Las modificaciones en las relaciones de dependencia (económica, simbólica, etc.), no sólo afectan a los migrados, también lo harán en los que se quedan (padres, parejas, hijos, etc).

En el otro polo, el varón, despojado de su papel de proveedor, precisa asimilar y acomodar su rol de género, sus prácticas sociales y sexuales, su imaginario, etc., a las nuevas exigencias contextuales. Al convertirse la mujer migrada en proveedora, el varón que permanece en el país de origen depende de las remesas económicas y se convierte en receptor y cuidador, quedando desposeído de uno de los principales ejes de legitimación de su rol de género. El varón migrado, al difuminarse los referentes culturales y sociales, puede encontrarse con el cuestionamiento de algunas de las bases de su relación e interacción de pareja y sexuales que le obliguen a re-considerar los roles interiorizados en su país de origen.

Los cambios en los procesos migratorios no aparecen solo en los migrados, sino que su presencia también nos presenta una tensión dialéctica que cuestiona, al menos en parte, los modelos ideológicos del país receptor, modificando algunas dimensiones prácticas y dis-



cursivas de la sexualidad.

Inmigración. Sexo, género, intersexos, intergéneros...

La de-construcción y posterior re-construcción de algunas las identidades sexuales, vista a través del filtro de los procesos migratorios, avalan que las identidades son construcciones culturales y que insistir en el fijismo y determinismo biologicista carece de base.

La sexualidad como génesis de los procesos migratorios. Rupturas y reconstrucciones. La presión social. Estrategias de escape.

Los contextos sociales y culturales son definidores del control social de la sexualidad. El divorcio, la violencia sexual, la homosexualidad o la transexualidad, pueden convertirse en una condición determinante para iniciar el proceso migratorio, como una forma de escape del control y sanción social que ejercen determinados grupos sociales (Pichardo, 2003). Así, los migrantes buscan en los países de acogida la posibilidad de conseguir mayores cuotas de libertad para expresar su opción sexual.

Los procesos de integración/asimilación social y la re-construcción de las representaciones sociales a propósito de la sexualidad

Desde mi perspectiva los procesos de integración o asimilación sexual no aparecen como construcciones absolutas. La sexualidad de la población inmigrante es sometida a procesos de acomodación donde algunas representaciones sociales se mantienen, otras sufren cambios de diferente envergadura y otras se re-construyen totalmente.

Migración y matrimonio. Matrimonios de conveniencia. La conveniencia del matrimonio. Las familias transnacionales

El matrimonio como unidad de análisis se ha convertido en una fecunda aportación de claves. Matrimonios contruidos, destruidos y re-construidos. El dinamismo de los cambios de la situación de pareja y matrimonial de las y los informantes corre paralelo a los cambios y el dinamismo del proceso migratorio. En el proceso migratorio aparecen nuevas formas de vivir-convivir. Estas nuevas formas no aparecen, al menos con la intensidad y las características de las y los migrados, en las referencias de los países de origen.

El matrimonio de conveniencia es una situación reiterativa en las relaciones e interacciones entre migrados. Los matrimonios mixtos, se han multiplicado por 14 en los últimos cinco años, el 18% de los matrimonios tiene, al menos, un cónyuge extranjero y uno de cada cinco son fraude de ley. El matrimonio se puede convertir en un objeto instrumental para conseguir la residencia, para nacionalizar a los hijos, para paliar la soledad (caso de muchos varones españoles que buscan esposa en países latinoamericanos) para la reagrupación familiar, etc.

El cuestionamiento del matrimonio “por amor”, es permanente. Las contradicciones discurso-prácticas ilustran sobre la dificultad de definir categorías absolutas a propósito de



construcciones sociales como el matrimonio.

Prostitución

No siendo la prostitución uno de los objetos específicos de mi interés etnográfico, se ha cruzado permanentemente en mi trabajo. Con independencia de que lo tomemos como una forma de vivir o de sobrevivir, la prostitución supone para muchas mujeres y algunos varones una redefinición de normas y valores. No podemos olvidar la función económica de la prostitución (o como forma de vida o como estrategia para el pago de deuda) y su reflejo en la re-construcción de las representaciones sociales grupales e individuales.

El 80% de las prostitutas, no ejercían su trabajo en los países de origen.

En España, se ha producido un proceso de internacionalización de la prostitución, el 80% de la prostitución femenina es inmigrante. El 90% de las mujeres que ejercen la prostitución callejera es inmigrante. También la población inmigrante es sobre la que recae la miserable carga del tráfico forzado de personas.

La violencia sexual en la población inmigrante. Etiquetas o realidades.

Según el Consejo General del Poder Judicial, el porcentaje de casos en que tanto la víctima como el agresor son extranjeros, suponen un 20% del total, lo que no se correlaciona con el peso de la población inmigrante (10%).

Las condiciones estructurales de hacinamiento, pobreza e inseguridad, tienen como consecuencia la aparición de situaciones de violencia.

Espacios de relación e interacción sexual

Los espacios van siendo cambiados de una forma sistemática en función del tiempo de residencia. De los nichos públicos y abiertos a la intimidad techada. Cambios estructurales que condicionan cambios en las dinámicas de relación. Podríamos construir varias categorías:

- LA LLEGADA. PARQUES Y ESPACIOS PÚBLICOS
- BUSCANDO AFINIDADES. LAS DISCOS Y BARES LATINOS
- LA CASA COMPARTIDA. LA NECESIDAD DE INTERACCIÓN
- EL HOGAR. LA PRIVACIDAD Y EL PROYECTO DE RESIDENCIA

Estrategias de seducción

La contaminación ritual que se produce en una comunidad globalizada, no es óbice para la presunción de que no se mantienen rituales y ceremonias de seducción estandarizadas e interiorizadas en los países de origen. Una consecuencia es que la posibilidad de interpretar algunos signos y símbolos restringe el círculo relacional. La adquisición de la destreza interpretativa simbólica abre nuevos campos relacionales.



La sexualidad en las segundas generaciones. Ni de aquí ni de allí. Guettos y tribus. La búsqueda de la identidad. Reproducción y reconstrucción de dos mundos

En no pocas ocasiones, las nuevas generaciones de inmigrantes se encuentran en un espacio-momento liminal. Los procesos de enguetización, por ejemplo, las tribus y pandillas son una muestra palpable de las dificultades de identificación y sensación de pertenencia.

La etnización de las representaciones e interacciones sexuales

No es la etnia la que marca las representaciones e interacciones sociales de las personas sino la cultura y es la cultura la que construye las peculiaridades étnicas. Cuestionar el rancio modelo etnofóbico y reduccionista también es objetivo de esta ponencia.

La reconstrucción de los contextos perdidos. Endogamia versus exogamia

Las redes de apoyo, basadas en redes de parentesco y paisanaje, fomentan en un primer momento migratorio los procesos endogámicos. En tiempos consecutivos, el compartir los mismos espacios, la percepción de proximidad identitaria con normas y valores compartidos y las restricciones exógamas (falta de trabajo, marginación, etc.); reafirman algunos procesos endogámicos. La exogamia sexual –no solo matrimonial–, es más frecuente en la población dominicana que en la ecuatoriana. Los modelos estéticos dominantes son una condición y unidad analítica no despreciable.

La falta de interacción de los migrados con el nuevo entorno contextual facilitará la reproducción de las dinámicas relacionales y representaciones sociales del país de origen al blindarse ante las nuevas condiciones contextuales, como consecuencia de procesos de exclusión social o de las dificultades de inmersión en el país receptor.

Salud sexual y reproductiva

Se aborda la salud sexual y reproductiva desde la particularidad etnográfica. El uso de métodos anticonceptivos, el aborto, la anticoncepción postcoital, etc.; evidenciándose un calidoscopio que nos obliga a buscar referencias culturales permanentemente.

El bagaje de los y las profesionales del Centro Madrid Salud Joven¹ y los resultados de alguna experiencia de la Asociación de Planificación Familiar de Madrid, me permiten presentarles algunas especificidades que según el lugar de procedencia, nos muestran las mujeres inmigrantes. Es un ejercicio reduccionista porque como decía nos enfrentamos a múltiples realidades.

Las mujeres latino y Centroamericanas, están claramente condicionadas por un modelo discursivo judeo-cristiano. Explicitan y muestran un claro interés en la necesidad de “cuidarse”, buscan revisiones (chequeos) que las posibiliten mantener afinada su principal herramienta de trabajo. No siempre asumen la “disciplina” de los centros sanitarios. Por parte de los y las profesionales, se mantienen una serie de prejuicios como su “promiscuidad, falta de seriedad o carencia de información”. Suelen tener experiencia previa con la anti-



concepción, lo que no impide que tengan altas tasas de fertilidad, natalidad y embarazo temprano.

Nos podemos encontrar muchas madres solas (solteras o no) con hijos de diferentes parejas, lo que condiciona un número importante de familias monoparentales consecuencia de encuentros y desencuentros afectivos. Tienen información sobre salud sexual y reproductiva, pero ésta es, en algunas ocasiones, sesgada. Un ejemplo lo tenemos en el uso y abuso del Misoprostol como tratamiento anticonceptivo.

Al acercarnos a las mujeres de origen magrebí y árabe, nos encontramos que existen diferencias según el país de origen o si proceden del entorno rural o urbano. La influencia del Islam es importante, pero no siempre determinante. Conocen estrategias de anticoncepción, pero a diferencia de las mujeres procedentes de América latina, no tienen facilidad en el acceso. Si bien están muy condicionadas por los varones de la familia a la hora de tomar decisiones sobre el embarazo, no las tienen tanto en las condiciones de la anticoncepción. En la interacción en consulta, la principal dificultad es el idioma, sobre todo para las que llevan poco tiempo de residencia, así como el rechazo a la exploración ginecológica por parte de un profesional varón. Suele ser anecdótico, pero podemos encontrar demandas como: certificados de virginidad, IVEs selectivas o reconstrucciones de himen.

Las mujeres asiáticas ofrecen una gran variabilidad según el país de procedencia y conocemos poco. Tienen dificultades de acceso a los servicios de salud, y excepto las mujeres filipinas, la mayoría vienen por reagrupamiento familiar. Grandes dificultades idiomáticas. La comunidad asiática en general, pero las mujeres en particular, sufren un aislamiento-invisibilización muy severo que les dificulta la interacción con el entorno. En muchas ocasiones, acuden a los servicios de salud tras haber consultado con la medicina tradicional china o con la medicina clandestina.

La mujer subsahariana también se muestra como un gran abanico de diferencias culturales según los lugares de procedencia. No es lo mismo ser Mandinga, que Fulani o Serahule. Para estas mujeres la unidad familiar tiene un gran peso social y sobre ella gira su existencia. Los procesos migratorios pueden hacerse por relevos. Es conveniente estar alerta a procesos como los matrimonios concertados, forzados o la aberrante práctica de la mutilación genital. Existe una importante incidencia de ITS sobre todo por la presencia de la prostitución con tráfico forzado y violencia.

A riesgo de repetirme, una situación de variabilidad importante nos encontramos con las mujeres del Este de Europa. Otra vez una llamada de atención sobre la necesidad de filtrar prejuicios y estereotipos. Conocen y suelen utilizar con frecuencia la anticoncepción y, como en el caso de algunas mujeres, un uso recurrente de la interrupción de embarazo como práctica anticonceptiva.

Entre las dificultades para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, nos podremos encontrar que la salud no siempre es su prioridad. Dificultades en el conocimiento y manejo de las estructuras sanitarias. En ocasiones no tienen documentación. Los horarios de trabajo, a veces, son incompatibles con los de los servicios de salud. La anticoncepción no siempre está financiada por el sistema público, lo que acarrea dificultades para conseguirla y propicia incumplimientos. Los problemas con el idioma pueden estar presentes.



Los servicios de salud, no siempre lo ponen fácil. Los sistemas de registro tienen deficiencias. Existe una sobrecarga asistencial, con horarios y trabas burocráticas que dificultan la ejecución y comprensión por parte de las mujeres de las condiciones de atención y acceso. Hay cierta falta de información a propósito de los patrones y características culturales que pueden incidir en el manejo de la consulta, condicionando la necesaria empatía. Aparecen nuevas patologías y necesidades de salud que no nos son familiares y que no siempre se saben manejar.

Siempre hay un mañana
y un ayer
siempre una despedida
y un volver... (Samuel Caballero)

Notas:

¹ He utilizado como base en este epígrafe, algunas conclusiones que Isabel Serrano Fuster, ginecóloga del Centro Madrid Salud Joven, ha presentado en algunas jornadas y reuniones de trabajo.

Referencias bibliográficas

Ahmadi, N., (2003) Roking Sexualities: Iranian Migrants' Views on Sexuality, en Archives of Sexual Behavior, vol 32, nº 4, pp 317-326

Ahmadi, N y Lewin, F., (2001). Identity crisis and integration: The divergent attitudes of Iranian immigrant men and women towards integration into the Sweden society. International Migration, nº 39, pp. 121-15

Barth, F., (1969), Ethnic Groups and Boundaries. The Social Organization of Cultures Diferents, Oslo, Universitets Forlaget.

Berger, P. y Luckmann, T. (1984), La construcción social de la realidad, Madrid, Amorrorrtu-Murguía.

Bourdieu, P.,(1997), Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. Barcelona, Anagrama.

Castillo, S. y Mazarrasa, L., (2001), Salud y Trabajo: una relación problemática en los discursos de las mujeres inmigrantes, Ofrim 2001, nº 41, suplementos, pp, 101-120

Clínica Dator. Memoria de actividades del año 2003

Gagnon, J.H., (1977), Human Sexualities, Glenview, Illinois, Scott, Foresman.

Geertz, C., (1987), La interpretación de las culturas, México, Gedisa.

Guash, O., y Viñuales, O. (eds.), (2003), Sexualidades. Diversidades y control social, Barcelona, Bellaterra.



Hammersley, M y Atkinson, P., (1994), *Etnografía. Métodos de investigación*, Barcelona, Paidós.

Hawkes, G., (1996), *A Sociology of Sex and Sexuality*, Buckingham, Open University Press.

Herd, G., (ed.), (1997), *Sexual Cultures and Migration in the Era of AIDS. Anthropological and Demographic Perspectives*. Oxford, Clarendon Press.

Horrocks, R., (1997) *An introduction to the Study of Sexuality*, London, Macmillan.

Instituto Nacional de Estadística (INE), *Anuario del año 2003*. www.ine.es

Jociles, M.I, (1999), *Las técnicas de investigación en antropología. Mirada antropológica y proceso etnográfico*, *Gazeta de Antropología*, nº 15 texto 15-01. www.ugr.es

Kaplan, A. (2002) *Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas*, pp. 23-30, *Cuadernos de Salud y derechos sexuales y reproductivos*, Madrid, FPFE.

Kelson, G.A. y DeLaet, D.L., (eds.), (1999). *Gender and Immigration*, London, Macmillan

Knorr, J. y Meier, B., (eds.), (2000) *Women and Migration : Anthropological Perspectives*, Frankfurt, Campus Verlag.

Malgesini, G. y Jiménez, C., (2000), *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*, Madrid, Catarata.

Malinowski, B., (1975 [1929]), *La vida sexual de los salvajes*, Madrid, Morata.

Maquieira, V. y Vara, M.J., (1997), *Introducción* pp. 7-25 en Maquieira, V y Vara, M.J. (eds.), *Género, clase y étnia en los nuevos procesos de globalización*, Madrid, Instituto Universitario de Estudios de la Mujer.

Mazarrasa, L. y Castillo, S., (1999), *Salud, género y migración*, *Salud 2000*, nº 71, pp. 18-21

Mead, M., (1990 [1928]), *Adolescencia y cultura en Samoa*, Barcelona, Paidós.

Mead, M., (1982 [1935]), *Sexo y temperamento*, Barcelona, Paidós.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Anuario estadístico 2003*

Nieto, J. A., (2003), *La intersexualidad y los límites del modelo dos sexos/dos géneros*, pp 69-104, en Guash O. Y Viñuales O (eds), *Sexualidades. Diversidad y control social*, Barcelona, Bellaterra.

Nieto, J. A., (2003), *Reflexiones en torno al resurgir de la antropología de la sexualidad*, pp 15-51, en Nieto, José A. (editor), *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*, Madrid, Talasa.



Nieto, J. A., (2001), "¿Homo proteico u homo prometeico? Reflexiones sobre Antropología de la Sexualidad desde la experiencia académica", pp.137-158, en M. Cátedra, (ed.), La mirada cruzada en la península ibérica, Ediciones La Catarata.

Nieto, J. A., (1998), Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género, Madrid, Talasa.

Nieto, J. A., (1997), Sex o no sex. El discurso de la sexualidad en antropología, pp. 35-47, en M. Lameiras y A. López Castedo (eds.), Sexualidad y salud. La transmisión sexual del VIH y las agresiones sexuales, Santiago de Compostela, Tórculo ediciones.

Nieto, J. A., (1996), Antropología de la sexualidad. Erotofobia y Erotofilia, pp. 357-368, en J. Prat y A. Martínez (eds.) Ensayos de antropología cultural, Barcelona, Ariel.

Nieto, J. A., (1993), Sexualidad y deseo. Crítica Antropológica de la cultura, Madrid, Siglo XXI.

Nieto, J. A., (1989), Cultura y Sociedad en las prácticas sexuales, Madrid, FUE.

Pichardo, J. I., (2003), Migraciones y opción sexual, en Guash O. Y Viñuales, O. (eds), Sexualidades. Diversidad y control social, Barcelona, Bellaterra.

Plummer, K., (2000), La cuadratura de la ciudadanía íntima. Algunas propuestas preliminares, pp. 25-50, en Osborne, R. y Guash, O. (comps.), (2003), Sociología de la sexualidad, Madrid, CIS.

Tiefer, L., (1996), El sexo no es un acto natural y otros ensayos, Madrid, Talasa.

Vendrell, J. (1999), Pasiones ocultas. De cómo nos convertimos en sujetos sexuales, Barcelona, Ariel.

Weeks, J., (1993), El malestar de la sexualidad: significados, mitos y sexualidades modernas, Madrid, Talasa.





Prevención e intervención ante la Mutilación genital femenina

Maria Luisa Grande Gascón
Profesora de Ciencias de la Salud en la Universidad de Jaén
Colaboradora de Jaén Acoge

Introducción

La Mutilación Genital Femenina (MGF) es una práctica que afecta a millones de mujeres en el mundo. Se trata de una manifestación más de la discriminación que sufren las mujeres en todas las culturas y en todos los países. En el Informe sobre el Desarrollo Humano que el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)¹ elabora anualmente se recogen estas desigualdades. Desde que en 1995 se realizó el primer informe dedicado a la situación de las mujeres en el mundo, cada año los datos que se reflejan en estos informes son bastante clarificadores. Las mujeres en el ámbito de la salud, de la educación, del empleo, de la política, de la economía, etc. están en peores condiciones que los hombres y ocupan una posición secundaria en todos los países. Ni siquiera en los que tienen un alto nivel de desarrollo y que ocupan los primeros lugares en la clasificación que se incluye en los informes del PNUD, las mujeres tienen una situación igual a la de los hombres. En ocasiones se da la paradoja de que en países con un alto desarrollo económico, las mujeres pueden estar en peores condiciones que en otros países donde el nivel de desarrollo es menor.

Como señala UNICEF en uno de los Innocenti Digest, que edita² (2005: 7), se trata de una práctica que atenta contra los derechos humanos básicos de millones de niñas y mujeres. El derecho a la vida y a no ser objeto de un trato cruel, inhumano y degradante³ se viola al someter a las niñas a una práctica que les produce un gran sufrimiento y que, en ocasiones, les puede hacer perder la vida.

Por otra parte, la lucha contra la MGF debe enmarcarse en un sentido más amplio en la lucha que a nivel mundial se está produciendo contra la violencia de género. Esta lucha ha tenido algunos exponentes importantes como la Convención para Eliminar todas las formas de Discriminación contra la Mujer en 1979, la Declaración de la Violencia contra la Mujer acordada por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1994, las Conferencias mundiales sobre la mujer (cabe destacar la IV celebrada en Beijing en 1995), Estudio a fondo de todas las formas de violencia contra la mujer en 2006 (Informe del Secretario General de Naciones Unidas), etc. Todas estas iniciativas denotan una preocupación creciente por la violencia que sufren las mujeres en el mundo. Estas iniciativas han supuesto, no sólo una mayor sensibilización internacional, sino que se han traducido, por parte de numerosos países, en la puesta en marcha de iniciativas gubernamentales para luchar contra la violencia de género. En este sentido, son cada vez más los países que han elaborado leyes específicas donde se aborda de manera integral la violencia de género.

Más concretamente las iniciativas para luchar contra la MGF han sido numerosas, siendo las más relevantes las que proceden de organismo internacionales como Naciones



Unidas. Así, desde la Asamblea General de Naciones Unidas y por parte del Secretario General, se han promovido y realizado varios informes sobre las prácticas tradicionales y consuetudinarias que afectan a la salud de la mujer y la niña. También hay que destacar la existencia de una relatora especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, que ha realizado un informe sobre prácticas culturales realizadas en el seno de la familia y que conllevan violencia contra las mujeres. Más recientemente se ha nombrado una relatora especial sobre prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y las niñas. Por parte de UNICEF también se ha abordado esta cuestión y se ha realizado el Innocenti Digest referenciado anteriormente.

Desde estas instancias se promueve la puesta en marcha de iniciativas legislativas para la erradicación de estas prácticas en aquellos países donde se realizan. Así mismo, se destaca la importancia de no quedarse sólo ahí, sino que es necesario incidir en la sensibilización y concienciación de la opinión pública, siendo fundamentales la participación del sector educativo y sanitario y la implicación de organizaciones y entidades sociales.

En la actualidad, cada vez son más los gobiernos que están tomando conciencia, prohibiendo por ley la realización de la MGF. Sin embargo, todavía son numerosas las zonas del mundo donde se sigue realizando, en la mayoría de las ocasiones, de manera clandestina. En este sentido, según UNICEF, la presión social y cultural hace que muchas familias sigan realizándosela a sus hijas, ya que sino éstas serán marginadas y discriminadas dentro de su comunidad. La MGF confiere un estatus dentro de la comunidad y una identidad de género basados en factores sociales y culturales.

Definición y clasificación

Aunque el término más conocido es el de Mutilación Genital Femenina, desde diferentes instancias se recomienda el uso de la palabra ablación, ya que el término mutilación es mal aceptado por las propias comunidades donde se lleva a cabo. Argumentan, en este sentido, que el término mutilación tiene unas connotaciones más cruentas y puede llevar a estereotiparlas de manera más negativa. Por eso, desde instancias tales como UNICEF, se hace esta acotación al término y se usan ambos.

La MGF, según la definición más aceptada, “incluye una amplia variedad de prácticas que suponen la extirpación total o parcial de los genitales externos o su alteración por razones que no son de índole médica” (Centro de Investigaciones Innocenti, 2005: 9).

La clasificación de los diferentes tipos de MGF está en un proceso de revisión por parte de algunos organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM). Esta nueva clasificación establece los siguientes tipos de MGF (Centro de Investigaciones Innocenti, 2005: 10):

- Tipo I:** escisión del prepucio junto con la escisión parcial o total del clítoris.
- Tipo II:** escisión parcial o total de los labios menores con o sin escisión parcial o total del clítoris.
- Tipo III o infibulación:** escisión de los genitales externos y la sutura de los labios mayores.
- Tipo IV:** amplio abanico de prácticas variadas e inclasificables.
- Tipo V:** prácticas simbólicas.



La MGF se realiza por parte de una mujer, que suele ser una persona mayor, curandera, partera, etc⁴. , utilizando para ello materiales tales como un trozo de vidrio, una tapa de una lata, tijeras, cuchillos, hojas de afeitar, etc. Se realiza sin anestesia, y sin ninguna precaución que evite las infecciones u otro tipo de consecuencias graves, a veces irreversibles, para la salud de las niñas. Aunque puede realizarse de manera individual, lo más habitual es que se realice en grupo, a varias niñas de la comunidad, acompañado por diversos rituales, según la etnia o la zona geográfica. En la mayoría de las ocasiones se realiza a las niñas entre los 4 y los 8 años, pero puede llevarse a cabo a edades más tempranas o más tardías, en la adolescencia. En algunas zonas está disminuyendo la edad de las niñas para evitar el rechazo de éstas a la MGF.

Magnitud del problema. Prevalencia de la mutilación genital femenina en el mundo

Se calcula que en mundo hay entre 100 y 140 millones de mujeres y niñas que han sufrido esta práctica y que cada año son 3 millones más de mujeres y niñas las que se suman a esta cifra.

Son un total de 28 países de África y Oriente Medio donde se realiza con diferente prevalencia. Son países situados en la zona central de África, desde Senegal en la costa occidental hasta Somalia en la costa oriental. A estos hay que añadir, Yemen, Jordania, Omán, Gaza, Irak, India, Indonesia y Malasia. Según UNICEF, aunque no se tienen datos de la prevalencia (entre mujeres de 15 a 49 años) en todos los países, ésta varía desde el 5% en Níger hasta el 99% en Guinea o el 97% en Egipto. Los datos se refieren a las medias que se hacen para todo el país, pero en ocasiones dentro de un mismo país pueden existir diferencias significativas de unas zonas a otras. Por ejemplo, puede darse el caso de que en un país, en algunas zonas no se practique la MGF a ninguna mujer y en otras zonas se le practique a todas las mujeres⁵.

En los países occidentales, receptores de inmigración procedente de zonas geográficas donde se realiza la MGF, se están detectando también algunos casos de MGF. Lo más frecuente es que a las niñas se les realice en los países de origen, aprovechando un viaje de la familia a su país. Sin embargo, se han detectado algunos casos realizados en diversos países europeos. Esta situación ha llevado a que ya exista en estos países una legislación específica que penalice la realización de la MGF en su territorio.

A pesar del alto número de mujeres que cada año sufren la MGF, los datos demuestran que se puede ser optimista. Se está produciendo una disminución en el número de casos en algunos países. En los estudios realizados la opinión hacia esta práctica es más favorable entre las mujeres de más edad, estando las más jóvenes en contra de la misma. También se ha estudiado la influencia que tiene el nivel educativo de la madre, demostrando que a más nivel educativo, menos probabilidades existen que la hija se le practique la MGF (Innocenti, 2005: 14).

En España, en el año 2002, se realizó un estudio con el objetivo de describir la distribución geográfica de la población inmigrante femenina procedente de países donde se realiza la MGF. En el mismo se puso de manifiesto que Cataluña, Madrid y Andalucía son



las comunidades autónomas que concentran el mayor número de mujeres inmigrantes procedentes de estos países. En concreto de las 9.567 mujeres que residen en España, 4.188 están en Cataluña, 1.594 en Madrid y 1.236 en Andalucía. De estas 2.914 proceden de Gambia, 1.964 de Senegal, 1.564 de Nigeria y 580 de Mauritania (Kaplan, 2002).

En España se ha denunciado, desde varias instancias, que se les ha realizado la MGF a niñas en diferentes zonas y algunos casos se han estado investigando por parte de la justicia. Sin embargo, no se tienen datos ciertos de cuántas niñas estarían afectadas.

Causas de la mutilación genital femenina

Las causas que se argumentan por parte de las comunidades donde se realiza son diversas y se basan fundamentalmente en factores sociales y culturales. En todo caso como señala UNICEF (2005: 19), “en todas las sociedades en las que se practica la MGF es una manifestación de la desigualdad basada en el género que está profundamente arraigada en estructuras sociales, económicas y políticas”.

Pero a pesar de que esto es así, las familias someten a sus hijas a esta práctica para que puedan casarse y evitar la discriminación y la marginación que supondría que sus hijas no lo fueran. La percepción que se tiene es que se trata de una práctica buena para sus hijas, en ningún caso piensan en que se trate de algo negativo. Se trata de una tradición que puede mejorar la vida de sus hijas y si no lo hacen sus hijas no podrían casarse y en algunos casos serán excluidas de la comunidad. De esta manera refuerza el sentido de pertenencia a una comunidad o grupo étnico, la identidad de género y la identidad cultural de las niñas y mujeres.

Lo que si está claro es que no tiene ninguna vinculación religiosa. Ningún texto sagrado de ninguna religión lo recoge, ni el Corán ni ningún otro. La prueba más clara es que no todos los países islámicos la realizan, y existen comunidades cristianas que la llevan a cabo. Por ejemplo, no se realiza en Marruecos, Argelia, Libia, Túnez o Arabia, países tradicionalmente musulmanes.

La Organización Mundial de la Salud⁶ señala algunas de las causas que se esgrimen para justificar la MGF por parte de las diferentes comunidades:

- La virginidad prematrimonial y la fidelidad durante el matrimonio se asegura en las mujeres, ya que disminuye la capacidad de sentir placer y las relaciones sexuales son dolorosas. Se produce un control de la sexualidad y la reproducción de la mujer.
- La MGF se asocia a la limpieza y a la belleza de la mujer. Las mujeres que no lo están se consideran sucias e impuras.
- Aumenta la feminidad, ya que se extirpan los órganos que se consideran masculinos y aumenta la docilidad y la obediencia que son características que definen a la mujer.
- Se refuerza el sentimiento de pertenencia a una comunidad. La identidad cultural se manifiesta en la realización de esta práctica que determina quien pertenece al grupo.
- También la identidad de género se refuerza, ya que no se es plenamente mujer hasta que a la niña no se le realiza la MGF y no puede casarse hasta entonces.
- Los genitales femeninos pueden crecer y el clítoris puede llegar a colgar si no se corta.
- El clítoris es peligroso para los hombres si lo rozan, pudiéndoles provocar la muerte. Al bebé durante el parto puede causarle daño y provocar su muerte.



- Aumenta la fertilidad de la mujer y el parto es más seguro.

Todas estas razones hacen muy difícil el abandono de esta práctica que causa tanto sufrimiento a las niñas. De tal manera que se perpetúa como una tradición social tan fuerte que obliga a las familias a continuar realizándosela a sus hijas, aún estando prohibida por ley en la mayoría de los países.

Consecuencias y complicaciones de la mutilación genital femenina

Las complicaciones son diversas y pueden ocasionar daños irreparables en la salud de las niñas y las mujeres, tanto a nivel físico como psicológico. En ocasiones se produce la muerte durante la realización de la MGF. Las consecuencias las podemos dividir en inmediatas y a largo plazo. Las inmediatas son: dolor, se trata de una zona muy inervada por lo que el dolor es muy intenso, además de que se realiza sin anestesia; hemorragia grave; choque, por el dolor o por la hemorragia; infecciones, se realiza con material que no está esterilizado y el mismo se utiliza para todas las niñas; lesiones en órganos vecinos, tanto a nivel del aparato reproductor como urinario; etc. (Medicus Mundi Andalucía, 2008).

A largo plazo las complicaciones consisten en: infecciones urinarias recurrentes, trastornos renales, incontinencia urinaria, complicaciones durante el parto que pueden producir la muerte del recién nacido o de la madre, esterilidad, dolor durante las relaciones sexuales, quistes dermoides, infecciones pélvicas, etc. Las complicaciones durante el parto han sido estudiadas y se ha comprobado que existe un mayor riesgo de que en el momento del parto se tenga que realizar una cesárea o una episiotomía, de que se presente una hemorragia puerperal, y además se suele requerir una mayor hospitalización. También los recién nacidos tienen un mayor riesgo de morir durante el parto y necesitan con mayor frecuencia reanimación (Eke, 2006: 1835-1841).

A nivel psicológico aparecen sentimientos de ansiedad, terror y humillación y aumenta la actitud de docilidad y obediencia, asegurándose de esta manera el sometimiento de la mujer a las decisiones del hombre. Las alteraciones emocionales son graves y pueden llegar a alterar el desarrollo emocional normalizado de las niñas que han sido sometidas a MGF. También, como se ha comentado anteriormente, existe una alteración grave de la sexualidad y la reproducción de la mujer.

En algunas zonas se está produciendo una medicalización de la MGF, de tal manera que la realiza personal médico en centros sanitarios y con las medidas adecuadas para prevenir complicaciones. Sin embargo, esta opción es rechazada porque significa una institucionalización de una práctica que, aunque se realice por profesionales médicos, sigue siendo perjudicial para la mujer y la niña.

Niveles de intervención

Existen varios niveles de intervención que son complementarios y deben ser implementados de manera coordinada. En primer lugar debe existir una legislación que prohíba la realización de estas prácticas, pero siendo esto necesario no es suficiente. El desarrollo



de estas leyes está siendo fomentado por los diferentes organismos internacionales se emiten recomendaciones, tratados, convenciones, etc. que son suscritos por un gran número de países.

A nivel internacional hay que destacar las emanadas de la ONU, que son las más referenciadas. Algunas de ellas se incluyen dentro de un contexto más amplio como es la lucha contra la discriminación que sufre la mujer y la violencia de género. Además de las comentadas anteriormente, cabe destacar el Plan de Acción para la Eliminación de las Prácticas tradicionales que afectan a la Salud de las Mujeres y los Niños que fue adoptado por la ONU en 1994. A nivel africano, en 1984 se crea el Comité Inter Africano sobre las Prácticas que afectan a la Salud de las Mujeres y los Niños que ha venido trabajando para la erradicación de la MGF, estando presente en la actualidad en 26 países africanos. El Protocolo sobre los Derechos de las Mujeres en África fue aprobado en el año 2003 e insta a los estados firmantes a prohibir y condenar las prácticas que lesionan los derechos de las mujeres, incluyendo explícitamente la MGF.

En la actualidad, 10 agencias de la ONU⁷ han emprendido una campaña conjunta para eliminar la MGF en una generación, marcándose un primer objetivo de reducirla de manera importante en el 2015, año en el que está previsto que se alcancen los objetivos del milenio.

Aunque en la mayoría de los países donde se realiza la MGF existen leyes que la prohíben, se sigue realizando de manera clandestina, lo que demuestra que hay que hacer esfuerzos en otros ámbitos⁸. En este sentido se recomienda que las medidas no sean sólo penales, sino que se incluyan otro tipo de iniciativas de sensibilización dirigidas a las familias. En algunos países se han conseguido importantes éxitos en la reducción de los casos de MGF. Por ejemplo, en Etiopía, Kenia, Senegal... son países donde gracias al esfuerzo conjunto de los gobiernos, las organizaciones sociales, las comunidades locales y los organismos internacionales, se ha conseguido, en algunos casos, casi la total eliminación de la MGF, o al menos una reducción significativa del número de casos. Por el contrario en otros países, como en Gambia el presidente ha manifestado públicamente que la MGF forma parte de las tradiciones de su país y que no iniciará ninguna actuación en contra de la misma.

A nivel europeo, el Parlamento Europeo ha condenado la MGF en varias resoluciones⁹. En las mismas se considera una violación de los derechos fundamentales de las mujeres y no se puede justificar por razones culturales. Asimismo, se insta a los estados miembros a legislar prohibiéndola y a reconocer el derecho de asilo a las mujeres y niñas que estén en riesgo de sufrir MGF (García, 2007)¹⁰.

En España el Código Penal reconoce desde 1995 la MGF como delito. En concreto en el artículo 149 se considera delito la MGF y se penaliza con 6 a 12 años de prisión e inhabilitación para la el ejercicio de la patria potestad de 4 a 10 años en el caso de que se trate de una menor. También la Ley Orgánica 3/2205, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina (BOE 163, de 9 de julio de 2005) posibilita "la persecución extraterritorial de la práctica de la mutilación genital femenina cuando la comisión del delito se realice en el extranjero, como sucede en la mayor parte de los casos,



aprovechando viajes o estancias en los países de origen de quienes se encuentran en nuestro país” (BOE 163, de 9 de julio de 2005: 24457)¹¹.

En este sentido, aplicando estas leyes, en diciembre de 2007, un juez de Mataró (Barcelona) decidió retirar la custodia de dos niñas a sus padres por miedo a que les practicarán la MGF en un viaje que tenían previsto realizar a su país de origen, Gambia. También como consecuencia de la aplicación de un protocolo establecido por la Generalitat de Catalunya, los Mossos d'Esquadra evitan cada año que a 40 niñas se les realice la MGF mediante un protocolo específico diseñado con este fin¹².

Junto a estas iniciativas se han desarrollado otras destinadas a la sensibilización social y que tienen como objetivo que las familias y las comunidades se convenzan de la necesidad de eliminarla. En todo caso, se trata de un proceso lento, ya que se trata de cambiar una costumbre o convención social, pero es fundamental para la eliminación total de la MGF. Se ha demostrado que la intervención debe realizarse en toda la comunidad en su conjunto, no sirve de nada la intervención aislada sobre familias, ya que éstas sienten miedo a que sus hijas no puedan casarse o a que toda la familia sea marginada perdiendo su estatus dentro de la comunidad.

UNICEF (2005: 22) identifica algunos elementos claves que pueden ayudar al abandono de esta práctica: un enfoque no coercitivo que aumente el conocimiento y la sensibilización de la propia comunidad; la sensibilización sobre los daños causados a las niñas; el abordaje comunitario y no individual, al tratarse de una práctica comunitaria; un testimonio explícito de toda la comunidad de abandonar la práctica de la MGF; un proceso de difusión entre comunidades vecinas; y un entorno que favorezca y fomente el cambio social.

Algunas de las iniciativas que se han llevado a cabo en estos países, tanto por parte de los gobiernos como por parte de organizaciones sociales, han sido apoyadas por Organizaciones no Gubernamentales de Desarrollo (ONGD). En este sentido Medicus Mundi Andalucía ha llevado a cabo proyectos tanto en países africanos, fundamentalmente Burkina Faso, como en España. También Amnistía Internacional ha desarrollado campañas de sensibilización, elaborando informes que han tenido una amplia difusión. El apoyo a las asociaciones y a las personas que luchan en estos países por lograr la erradicación de esta práctica es una de las líneas de trabajo que se lleva a cabo por ONGD europeas. En la mayoría de las ocasiones han sido las asociaciones de mujeres de los países donde se realiza la MGF las que han tomado la iniciativa y necesitan apoyo financiero para llevar a cabo proyectos destinados a la eliminación de esta práctica.

En España, diferentes administraciones han desarrollado protocolos específicos para la prevención de la mutilación genital femenina en las hijas de inmigrantes procedentes de zonas donde se realiza la MGF. Uno de los protocolos más completos es el desarrollado por una Comisión que se creó al efecto formada por representantes de diferentes niveles de la administración (representantes de áreas como justicia, inmigración, salud, policía y bienestar social) en la provincia de Girona¹³. Posteriormente la Generalitat de Catalunya elaboró un protocolo sobre prevención y atención policial de la MGF, por parte de su Departament d'Interior, Relacions Institucional i Participació¹⁴. Se trata de iniciativas pioneras a las que se les ha sumado la oferta de la Generalitat de Catalunya de financiar la reconstrucción del clítoris a aquellas mujeres que habiendo sido sometidas a la MGF lo soliciten. En este sen-



tido, en Barcelona se ha logrado reconstruir, mediante un procedimiento quirúrgico, el clítoris a mujeres sometidas a MGF.

En lo que sí coinciden todos los expertos es en que es necesaria una actuación coordinada desde diferentes ámbitos: el sistema sanitario, el sistema educativo, el sistema judicial, la policía, los servicios sociales y las asociaciones de inmigrantes. En el sistema sanitario el papel de los médicos de familia, los pediatras, las enfermeras y las matronas es fundamental para detectar las situaciones de riesgo. En el sistema de salud cada persona tiene un médico, pediatra y enfermera adscritos que conoce a la familia y puede detectar aquellos casos en los que las niñas puedan ser sometidas a MGF. En el colegio los profesores y los equipos de atención psicopedagógica pasan mucho tiempo en contacto con los niños y niñas, siendo la escuela un espacio privilegiado para la detección de estos casos. Las asociaciones de inmigrantes deben implicarse en todas las iniciativas que se desarrollen, ellos conocen y están en contacto con las familias de inmigrantes que residen en una misma ciudad y pueden hacer un papel de intermediación importante.

También es importante, la actuación de mediadores interculturales ya que pueden facilitar y asegurar el éxito de las intervenciones. Los mediadores suelen ser personas de su misma cultura que, además de desempeñar el papel de traductores, cuando es necesario, ayudan a identificar las claves culturales necesarias para el diseño y la implementación de las intervenciones con la población inmigrante.

Además es necesaria la formación de los profesionales que trabajan en contacto con población inmigrante. La MGF es una práctica poco conocida por la población en general y son muchos los profesionales que nunca han oído hablar de ella y aunque la conozcan, no siempre tienen claro cuál es el procedimiento a seguir cuando detectan algún caso.

Las mujeres que han sido sometidas a MGF necesitan, en caso de presentar alteraciones crónicas, atención sanitaria especializada. En el momento del parto pueden presentarse complicaciones graves para la madre y el bebé. En este sentido, el personal sanitario tiene que saber como actuar y tener una preparación específica sobre este tema.

La elaboración de mapas de riesgo se ha demostrado eficaz para hacer un seguimiento de las familias que proceden de países donde se realiza la MGF y prevenir que a sus hijas se les realice. En caso de que se sospeche de algún caso de este tipo, la intervención policial y judicial pueden evitar que esto suceda tomando medidas cautelares como por ejemplo, que la niña viaje al país de origen con la familia.

En los protocolos se han identificado factores que pueden ayudar a los profesionales a valorar el riesgo que tiene la menor de ser sometida a MGF. Estos factores de riesgo son¹⁵:

- Pertenencia a etnias que practiquen la MGF.
- Presencia de antecedentes familiares, la madre y/o las hermanas la han sufrido.
- Previsión de la familia de viajar próximamente a algún país donde se practica la MGF.

También se recogen los siguientes signos de alerta¹⁶:

- Viaje o vacaciones recientes al país de origen.
- Absentismo escolar.



- Problemas adaptativos de la alumna.
- Tristeza y falta de interés.
- Cambio de carácter.
- Caminar con las piernas juntas o muy separadas.
- Palidez mucocutánea.
- Síntomas de anemia.

Además hay un factor importante a tener en cuenta como es el nivel de integración de la familia en el barrio. Si éste es escaso se pondrá de manifiesto en las siguientes cuestiones: la familia se relaciona sólo con la población inmigrante procedente de su mismo país o etnia; observa escrupulosamente todas sus tradiciones culturales; no utiliza los servicios de salud o lo hace en caso de enfermedad grave, ignorando los programas de vacunaciones o de control de niño sano; las niñas no se relacionan con los demás compañeros y compañeras en el colegio; la familia tampoco quiere saber nada del colegio, etc. Todas estas cuestiones hay que valorarlas para identificar el nivel de riesgo que puede tener la niña.

En todo caso de nada vale culpabilizar a las familias. De esta manera sólo conseguiremos que sean marginadas y estigmatizadas y que se aislen todavía más. Además de que puede ser utilizado para criminalizar a una determinada población inmigrante, fomentando el rechazo hacia ellos.

Todas estas iniciativas se están extendiendo cada día más y están demostrando su eficacia para luchar contra la MGF. En la actualidad, existe un mayor conocimiento de lo que supone esta práctica y a la vez está aumentando la sensibilidad social en general y de los poderes públicos en particular.

A lo largo de la historia se han erradicado numerosas tradiciones perjudiciales para el ser humano en general o en particular para las mujeres. El proceso ha sido más o menos lento, pero casi nunca ha estado exento de numerosas reticencias por parte de aquellos sectores de población más apegados a las tradiciones. Pero en la actualidad existe un clima internacional de rechazo que ha posibilitado avances en este sentido. Un dato para la esperanza es que el número de mujeres que son sometidas a MGF va disminuyendo en algunos países, lo que indica que algunas de estas iniciativas están dando fruto. En este sentido, hay que tener en cuenta que los cambios sociales son lentos y que los resultados de algunas de estas actuaciones se verán a más largo plazo.

Todas estas iniciativas pueden verse reforzadas si al mismo tiempo se lucha por conseguir una mayor igualdad entre hombres y mujeres. Esta práctica hunde sus raíces en la discriminación y la posición de subordinación que sufre la mujer en todas las sociedades. Sólo cuando se logre una igualdad real y efectiva se conseguirán eliminar todas las prácticas que atentan contra los derechos de mujeres y niñas en el mundo.

Notas:

¹ Cada año el PNUD elabora el denominado Informe sobre el Desarrollo Humano. En el mismo se clasifica a todos los países en función de su nivel de desarrollo en desarrollo humano alto, medio y bajo según una serie de indicadores que no sólo están relacionados con el PIB u otros datos económicos sino que se incluyen indicadores sobre salud, educación acceso al agua potable, pobreza,... Desde el año 1995 se recogen datos sobre la situación de las mujeres en el mundo. En la actualidad los índices que hacen referencia a ésta situación



son: Índice de Desarrollo relativo al Género; Índice de Potenciación de Género; Desigualdad de Género en la Educación; Desigualdad de Género en la Actividad Económica; Género, Carga de Trabajo y Distribución del Tiempo; y Participación de la Mujer en Política.

² El Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF en Florencia publica los denominados Innocenti Digest en los que se abordan diferentes temas relacionados con los derechos del niño y la niña. En 1995 editó un informe titulado *Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina*.

³ La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 recoge literalmente que toda persona tiene derecho a la vida y a no ser sometida a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos y degradantes.

⁴ En algunos países es el personal sanitario el que realiza la MGF. En Egipto, Malí y Guinea se está produciendo una medicalización de la misma con el objetivo de disminuir las repercusiones en la salud de las niñas y mujeres.

⁵ Los datos oficiales que se tienen proceden de las Encuestas Demográficas y de Salud. Pero en todos los países no se tienen datos exactos, ya que no existe una recogida sistemática y oficial de datos. Según UNICEF, los datos de prevalencia en aquellos países de los que se tienen datos oficiales son: Benín: 17%; Burkina Faso: 77%; República Centroafricana: 36%; Chad: 45%; Costa de Marfil: 45%; Egipto: 97%; Eritrea: 89%; Etiopía: 80%; Ghana: 5%; Guinea: 99%; Mauritania: 71%; Níger: 5%; Nigeria: 19%; Sudán: 90%; Tanzania: 18%; Yemén: 23%.

⁶ A este respecto véase la nota descriptiva nº 241 de la Organización Mundial de la Salud sobre Mutilación Genital Femenina de mayo de 2008. En: www.who.int

⁷ Las agencias implicadas son: el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Comisión Económica de Naciones Unidas para África (UNECA), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (UNHCHR), el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer (UNIFEM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

⁸ En los siguientes países africanos existe legislación específica para luchar contra la MGF: Benin, Burkina Faso, República Centroafricana, Costa de Marfil, Yibuti; Egipto, Ghana, Guinea, Kenia, Níger, Senegal, Tanzania, Togo y Etiopía. La mayor parte de los países legislaron sobre el tema en la segunda mitad del siglo XX, otros lo hicieron en los primeros años del siglo XXI.

⁹ A este respecto véase: Resolución del Parlamento Europeo sobre las Mutilaciones Genitales Femeninas (2201/2035 (INI)) y Resolución del Parlamento Europeo sobre la situación actual contra la violencia ejercida contra las mujeres y futuras acciones (2004/2220 (INI)).



¹⁰ En Europa los siguientes países han elaborado legislación específica sobre la MGF o han modificado la existente para incluirla explícitamente: Alemania, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Finlandia, Grecia, Italia, Noruega, Países Bajos, Reino Unido, Suecia y Suiza.

¹¹ A este respecto véase: *Medicus Mundi Andalucía. Marco jurídico y legal de la lucha contra la Mutilación Genital Femenina*. En: www.luchamgf.org

¹² A este respecto véase: *Departament d'Interior, Relacions Institucional i Participació de la Generalitat de Catalunya. Protocol de prevenció y atenció policial de la mutilació genital femenina*. En: www.gencat.cat

¹³ A este respecto véase: *Casellas, S et als. 2002. Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina en la demarcación de Girona*. En: www.gencat.cat

¹⁴ *Departament d'Interior, Relacions Institucional i Participació de la Generalitat de Catalunya. Protocol de prevenció y atenció policial de la mutilació genital femenina*. En: www.gencat.cat

¹⁵ A este respecto véase: *Casellas, S et als. 2002. Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina en la demarcación de Girona*. En: www.gencat.cat

¹⁶ A este respecto véase: *Casellas, S et als. 2002. Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina en la demarcación de Girona*. En: www.gencat.cat

Referencias bibliográficas

- Centro de investigaciones Innocenti. 2005. Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina. Siena: UNICEF.
- García, Y. 2007. Derecho de asilo y mutilación genital femenina: mucho más que una cuestión de género. Madrid: Fundación Alternativas.
- Kaplan, A.; Merino, M.; Franch, M. 2002. Construyendo un mapa de las mutilaciones genitales femeninas en España. Barcelona: IDIL.
- Casellas, S et als. 2002. Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina en la demarcación de Girona. En: www.gencat.cat
- Eke, N.; Nkanginieme, K. 2006. "Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries", *The Lancet*, 367: 1835-1841.
- Organización Mundial de la Salud. Mutilación Genital Femenina. Nota descriptiva nº 241. Mayo de 2008. En: www.who.int
- *Medicus Mundi Andalucía. Marco jurídico y legal de la lucha contra la Mutilación Genital Femenina*. En: www.luchamgf.org
- *Departament d'Interior, Relacions Institucional i Participació de la Generalitat de Catalunya. Protocol de prevenció y atenció policial de la mutilació genital femenina*. En: www.gencat.cat
- Organización Mundial de la Salud. Informe de la Secretaría sobre la Mutilación Genital Femenina. 61 Asamblea Mundial de la Salud. 20 de marzo de 2008. En: www.who.int
- *Medicus Mundi Andalucía. 2008. Mutilación genital femenina. Más que un problema de salud*. Granada: *Medicus Mundi Andalucía* (En prensa)
- Amnistía Internacional





Presión de la homofobia y la transfobia en los procesos migratorios

Gissela Pizarro Pizarro
Colaboradora COLEGA Jaén
Coordinadora COLEGA Linares

La situación de opresión que lleva a la migración de personas LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transgenero). Por una mejor calidad de vida.

Cuando uno se pone a pensar en la palabra inmigración, de forma automática se nos vienen a la cabeza los extranjeros ecuatorianos, marroquíes, colombianos y la gran gama de inmigrantes que cruza las fronteras por una mejor calidad de vida.

Y sin más preámbulos todos asociamos la inmigración al asunto meramente económico; y si bien lo es, no solo el asunto económico define nuestra calidad de vida.

En la actualidad hay miles de personas que emigran a otros lugares. Ya sean a otros países o simplemente a otras ciudades donde puedan expresarse de forma libre y autónoma. Sin la opresión del estado o miembros más cercanos; ya que no todos podemos gozar libremente de leyes que nos amparen y nos garanticen una seguridad plena y eficaz.

En la actualidad miles de personas son condenas por ser homosexuales. Se entiende que toda persona debe poder disfrutar de todos los derechos consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Y sin embargo, millones de personas de todo el mundo se enfrentan a la ejecución, el encarcelamiento, a torturas, a violencia y a la discriminación por el solo hecho de tener una orientación sexual o identidad de género diferente a lo que la sociedad impone como normativa.

La variedad de abusos es ilimitada:

- Mujeres violadas para “curarlas” de su lesbianismo, a veces a instancias de sus progenitores.
- Personas procesadas porque sus relaciones privadas mantenidas de mutuo acuerdo se consideran un peligro social.

Son miles y miles los seres humanos que son torturados y maltratados tanto física como mentalmente, incluso han llegado a quitarles la vida por el solo hecho de amar o llevar a cabo prácticas homosexuales. Esto implica un enorme miedo y una opresión por parte del estado dominante que hace que muchos de ellos tengan que migrar a otros países por una mejor calidad de vida. En este caso no solo influyen motivos económicos, sino la aceptación de uno mismo y del resto.

Con la ampliación del matrimonio entre parejas del mismo sexo España dio un gran paso, un paso histórico, para terminar con siglos de discriminación en el aspecto legal, si bien no cabe duda de que aún queda un largo camino para conseguir la igualdad social y el bienestar de las personas; en este país hemos entrado en un periodo en el que la realidad de la inmigración plantea nuevos retos y hay por tanto que cambiar metodologías y objetivos en la intervención social.



La opresión puede ser un factor decisivo o solo uno más para emigrar.

Motivos de inmigración

- Se emigra por la opresión que ejerce un estado, país pueblo o miembros cercanos al individuo no tolerante con las personas homosexuales.
- Por la falta de libertad que ejercen algunas leyes que avalan la pena de muerte o cárcel por ser homosexual.
- Por torturas, por maltratos, por persecución de grupos organizados como lo son las fuerzas publicas, grupos nazis, etc.
- Por la violación de mujeres y hombres homosexuales con el fin de hacer de ellos personas heterosexuales o “normales”.
- Por la prohibición de operaciones para cambiar el sexo (transgénero).
- Por falta de leyes que permitan el matrimonio con personas del mismo sexo.
- Por falta de leyes que permitan la adopción homoparental.
- Por razones de credos religiosos, etc.
- Por denegación de empleo.
- Por denegación de domicilio.
- Por denegación de servicios de salud.

Estadísticas

La población inmigrante en España proviene de países donde aún predominan los comportamientos sexistas y homófonos. Los elementos que acabamos de presentar adquieren una especial crudeza cuando nos referimos a la población inmigrante de origen árabe. La población inmigrante de origen árabe es el colectivo poblacional que menos simpatías despierta, además de presentar los mayores niveles de sexismo y homofobia. Y es que la verdadera brecha cultural entre Occidente y el mundo árabe es el sexo, como demuestra el antagonismo que existe entre las actitudes de ambos ante el divorcio, el aborto, la igualdad de género y los derechos de los homosexuales.

Las actitudes homófobas también tienen una incidencia mayor entre la población inmigrante de origen rumano, ya que en Rumanía hasta el año 2002, la homosexualidad estaba penalizada por la constitución.

Esta realidad no sólo se limita a estos dos ejemplos, podemos encontrar muchos países en los que predomina la falta de libertad y la represión para amar a quien queramos, y en los que cierto tipo de amores son considerados un delito.

Sanciones y castigos por motivo de orientación o identidad

Las sanciones por motivos de orientación o identidad sexual son muy variables: desde una multa o unos meses de cárcel, hasta la cadena perpetua o la pena de muerte en algunos países.

No sólo los estados, las sociedades e incluso la propia familia o vecindario cometen a veces los asesinatos, y las autoridades no hacen nada por impedirlo o investigarlo. Es lo que en ocasiones se ha denominado “escuadrones de la muerte”



En algunos lugares, gobernantes políticos y religiosos alientan la violencia contra estas personas con su discurso homofóbico. Tan sólo en unos pocos países estas personas son tratadas con plena igualdad ante la ley.

En Kenia, Namibia, Uganda, Zambia y Zimbabue dirigentes políticos consideran que la homosexualidad es "antiafricana". Robert Mugabe, de Zimbabue, opina que los homosexuales son "peores que cerdos y perros".

En Uganda, Guyana, India, Bangla Desh, Singapur, Bután y Nepal la homosexualidad puede castigarse con cadena perpetua.

Países europeos como Austria y Reino Unido han sido condenados recientemente por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos por discriminar a personas LGBT.

En ciudades europeas como Belgrado, Moscú y Varsovia se han prohibido recientemente desfiles del Orgullo Gay. En Irán, Afganistán, Arabia Saudita, Mauritania, Sudán, Pakistán, Yemen y en los estados del norte de Nigeria la homosexualidad puede castigarse con la muerte.

Si observamos la situación en el mundo, vemos claramente que vivimos en una lucha constante por disfrutar de nuestros derechos como seres humanos ante los estados opositores que los impiden a fuerza de violencia, leyes, discriminación e intolerancia. Esto hace que nuestras existencias se vean complicadas, y que tengamos que soportar la frustración de tener que vernos en la situación de migrar para lograr un mayor bienestar, obligados a dejar una vida ya creada en nuestros países, ciudades o pueblos de origen, para poder empezar a vivir de forma libre y sin miedos, donde existan leyes que sí nos puedan amparar.

Así la esperanza de conseguir asilo es otra razón por la que migran muchas personas que han conseguido escapar de abusos, sin embargo en numerosos países todavía no reconocen la persecución y el maltrato por orientación sexual como razón para pedir asilo.

Legislación sobre inmigración y asilo

La Ley de Asilo de 1984 define el concepto de refugiado en los términos recogidos en la Convención de Ginebra sobre el estatuto de las personas refugiadas de 1951.

A su amparo, se reconoce la posibilidad de conceder la condición legal de refugiado a quienes sean perseguidos en sus lugares de origen por su pertenencia a un grupo social determinado por lo que técnicamente es posible reconocer a un hombre o mujer homosexual su condición de perseguido y por tanto de refugiado (de hecho, ya ha habido algunos casos en los que se ha reconocido la condición de refugiado a persona en estas circunstancias). Pese a ello, sería conveniente una regulación más explícita del derecho de asilo para los homosexuales provenientes de países donde la homosexualidad es ilegal o está violentamente reprimida.

Es evidente pues que hay que luchar contra el sexismo, el racismo y la homofobia en inmigrantes y nacionales, en todos los países. El trabajar la interculturalidad a través de la población migrante homosexual es una novedad que la Comisión Europea está impulsando con proyectos paneuropeos como Les Migras (Organización de Lesbianas Inmigrantes)

La población inmigrante homosexual puede ser un factor clave, pues asume con más faci-



lidad ciertos valores occidentales y puede convertirse en un puente de comunicación entre su comunidad y la sociedad de acogida.

Las mujeres inmigrantes son también una correa de transmisión entre las dos comunidades, y es que ellas se sienten más cómodas en la sociedad de acogida que sus compañeros varones, ya que ellas pueden conseguir en occidente lo que se les ha vedado en sus países de procedencia. Somos nosotras las que podemos transmitir los valores de igualdad de género y respeto a la diversidad sexual a las nuevas generaciones en el interior de las comunidades.

En un artículo de “Les Migras” se menciona lo siguiente:

“Las mujeres lesbianas en países de oriente son perseguidas tanto en el seno familiar como en la sociedad en la cual residen, llevándolas muchas veces a casarlas contra su voluntad. En esta sociedad experimentan violencia y agresiones tanto en la calle como en sus lugares de trabajo, convirtiéndolas incluso en un caso psicológico o criminalizándolas a causa de otras regulaciones legales que no tienen que ver específicamente con la homosexualidad (por ejemplo, inmoralidad). Estas amenazas que se ciernen sobre todas ellas se pueden extender hasta el peligro de muerte. A causa de este trasfondo se deciden muchas personas LGBT por la migración, tanto en Europa misma como hacia países no europeos.

Ante la realidad que se nos muestra, las asociaciones de acción social imaginamos otro mundo posible y trabajamos para transformar la realidad en el sentido que deseamos las personas que formamos parte de las mismas. En el caso de la inmigración y la homosexualidad hemos documentado una realidad cambiante que presenta amenazas y oportunidades.

Desde las asociaciones podemos contribuir de forma muy flexible a generar cambios positivos, contribuyendo a hacer público un debate sincero y sin prejuicios sobre la inmigración y la homosexualidad, que permita fomentar el diálogo y entablar lazos de unión entre las diferentes comunidades.

Los ejemplos que se presentan, muestran que hay que considerar las diferencias culturales entre las diferentes comunidades y dialogar, participar, estar en contacto, aprovechando, siempre que sea posible, las experiencias ajenas.

Pero antes de actuar es necesario “pararse” por un momento a pensar sobre lo que se hace y cómo se hace, con el fin de sistematizar esta acción, reforzarla y avanzar en la planificación y ejecución de actividades. Y es que en demasiadas ocasiones las asociaciones están envueltas en dinámicas antiguas, desfasadas de la realidad actual, lo que les hace perder eficacia en su acción. En este sentido, además de analizar y reflexionar sobre la realidad que queremos cambiar, desde la Federación Española COLEGAS estamos llevando a cabo un proyecto de gestión eficaz del voluntariado, para atacar el flanco de la planificación y ejecución eficaz de nuestras actividades.

Por último se ha vuelto imprescindible el trabajar en red a nivel internacional. Los contactos establecidos durante la realización de este proyecto han aumentado considerablemente nuestra red y han enriquecido fuertemente los enfoques y metodologías de la Federación COLEGAS entorno a la inmigración, además de desembocar en nuestro primer proyecto “oficial” de cooperación internacional.

Antes de terminar sería importante señalar que la mayor parte de los conceptos utilizados



en esta comunicación no son absolutos y dependen del momento histórico en el que nos encontramos y de la perspectiva cultural desde la que los producimos. Hace tres siglos no existía en occidente el concepto de homosexual, aunque por supuesto había personas que mantenían relaciones sexuales y afectivas con personas de su mismo sexo. Igualmente el concepto de inmigrante es algo que cambia con el tiempo y el espacio. Los primeros seres humanos, nómadas, no entenderían tampoco este concepto, pues nadie se sentía ni propietario ni ajeno al territorio, aunque todos se desplazaban y podrían haberse definido como migrantes.

Para terminar queremos mostrar nuestra disposición para seguir colaborando con entidades sociales de toda índole, tal y como la Federación Española COLEGAS viene haciendo desde hace años, para conjuntamente avanzar por la participación ciudadana y contra las discriminaciones.

Introducción

Más allá de los protocolos, quiero agradecer a la UNAF mi presencia en estas jornadas. Es para mí un placer y un honor colaborar con estas jornadas que se organizan en mi ciudad.

También es un placer compartir mesa con nuestra concejala, y no digo “nuestra” sólo por mi condición de zaragozano, sino porque desde la concejalía de Acción Social y del Mayor, Amaltea tiene el privilegio de gestionar la primera Asesoría Sexológica para Mayores de España. Asesoría que ya tiene casi 3 añitos de vida, y que está siendo una experiencia que está despertando un gran interés y curiosidad en el entorno de la sexología científica y en el ámbito de la geriatría.

Mi objetivo va a ser “contarles lo que sé” (hablarles de sexología), y avisarles de que sobre ciertos temas posiblemente ustedes saben más (sobre temas de inmigración), lo que tampoco implica que no sepa nada. Simplemente me aplico la máxima de “zapatero a tus zapatos”, por lo que les hablaré de mis zapatos.

Algo de sexología para empezar

Y cómo les he dicho, vamos a poner la sexología a su servicio.

Premisas básicas. Qué es el sexo.

En ocasiones el uso y contenido de este concepto “sexo” es parecido, cuando no idéntico, al concepto “sexualidad”. El hecho de que las diferencias comparativas no estén claras, se debe a que el contenido de cada uno de estos conceptos, por su cuenta, tampoco lo está.

Analicemos un poco la promiscuidad terminológica con unas frases de botón de muestra.

- Rellene este cuestionario e indique su sexo.
- Nos gusta mucho practicar el sexo.
- “... ella sudaba mientras él acariciaba su sexo húmedo ...”





Algunas claves para aproximarse a la sexualidad humana

Silberio Sáez Sesma

Sexólogo-psicólogo

Instituto de Sexología y Psicoterapia – Amaltea
Zaragoza

Introducción

Más allá de los protocolos, quiero agradecer a la UNAF mi presencia en estas jornadas. Es para mí un placer y un honor colaborar con estas jornadas que se organizan en mi ciudad.

También es un placer compartir mesa con nuestra concejala, y no digo “nuestra” sólo por mi condición de zaragozano, sino porque desde la concejalía de Acción Social y del Mayor, Amaltea tiene el privilegio de gestionar la primera Asesoría Sexológica para Mayores de España. Asesoría que ya tiene casi 3 añitos de vida, y que está siendo una experiencia que está despertando un gran interés y curiosidad en el entorno de la sexología científica y en el ámbito de la geriatría.

Mi objetivo va a ser “contarles lo que sé” (hablarles de sexología), y avisarles de que sobre ciertos temas posiblemente ustedes saben más (sobre temas de inmigración), lo que tampoco implica que no sepa nada. Simplemente me aplico la máxima de “zapatero a tus zapatos”, por lo que les hablaré de mis zapatos.

44

Algo de sexología para empezar

Y cómo les he dicho, vamos a poner la sexología a su servicio.

Premisas básicas. Qué es el sexo.

En ocasiones el uso y contenido de este concepto “sexo” es parecido, cuando no idéntico, al concepto “sexualidad”. El hecho de que las diferencias comparativas no estén claras, se debe a que el contenido de cada uno de estos conceptos, por su cuenta, tampoco lo está.

Analicemos un poco la promiscuidad terminológica con unas frases de botón de muestra.

- Rellene este cuestionario e indique su sexo.
- Nos gusta mucho practicar el sexo.
- “... ella sudaba mientras él acariciaba su sexo húmedo ...”
- “Últimamente estoy obsesionado con el sexo. ¿Seré un adicto?”

En el primer caso el sexo “que se es” (hombre o mujer); en el segundo el sexo “que se hace”



(coito); en el tercer caso el sexo “como genital” (vulva o pene), y, ¿en el cuarto?

Podemos restar importancia al tema y no liarnos; pero vamos a reflexionar sobre lo que decimos. Imaginen una sola pregunta y las posibles respuestas con estas acepciones: ¿Qué tal con el sexo?

- “Muy bien, me siento a gusto siendo hombre”
- “Una vez al mes y por las justas”
- “Siempre lo llevo bien limpio”
- “Es un tema tabú”.

Rizando el rizo, así las cosas, un taller de “sexo seguro” podría ser:

- Hombres o mujeres adiestrados en autodefensa, con las ideas claras y con el futuro resuelto de cara a incertidumbres económicas y personales.
- Coitos con preservativo para evitar consecuencias.
- Fabricación y reparación (por lo de taller) de bragas y calzoncillos con candado, que guarden a buen recaudo (es decir, seguro) al pene y la vulva.
- ¿Y una agresión sexual?: ¿un hombre que agrede a una mujer? (Independientemente de que la agresión sea en un contacto erótico); ¿Un coito contra la voluntad de otro? (independientemente de que sean hombre o mujer); ¿Golpear a alguien fuertemente con el pene o con la vulva?

Cómo vemos, el sexo es un concepto en ocasiones polisémico: ser hombre o mujer, coito, genitales, conductas diversas... y en otras metonímico (“sexo húmedo”). Permítannos unas ligeras pincelas conceptuales, para dejar bien claro a qué nos referimos (y sobre todo a lo que no nos referimos) cuando escuchen de nuestros labios el concepto “sexo”.

El concepto género, de clara influencia anglosajona, ha traído de rebote la expresión “practicar sexo”; pero animamos a que personas por encima de los 45 reflexionen sobre si en su adolescencia se manejaba dicho concepto para referirse a las “relaciones sexuales” (expresión entonces empleada) como “practicar sexo”. En las lenguas latinas sexo siempre ha significado macho o hembra, ser hombre o mujer; hasta el DNI lo ha reflejado históricamente. Algo que el día menos pensado también se eliminará bajo la amenaza de ser políticamente incorrecto.

La Sexología es la ciencia del sexo. Del **sexo que “se es”** y no del sexo “que se hace” o los “genitales que se tienen”. En todo caso, este sexo que se hace, como veremos, es sólo una parcela (la erótica) o un área de trabajo de la sexología “del sexo que se es”. Sexo viene de “sexare” que significa separar; ejemplo: “sección”, “sector”, “sexador de pollos”...

El hecho de que se confunda sexo que se es, con sexo que se hace; e incluso que esta se-



gunda acepción triunfe y tienda a estar generalizada, es más una cuestión de metonimia (tomar una parte por el todo: danones por yogures); o lo que es peor, este fenómeno es un hecho de colonización (de lo coito-genital) y no de madurez. O de traducción automática y acrítica con intenciones progresistas y liberadoras.

Toda esta reducción cuenta con el coincidente y paradójico beneplácito de las corrientes más conservadoras, que ven en el sexo algo mecánico y despojado del afecto y de la moralidad; y de las corrientes más progresistas que ven en el sexo el mecanismo base que acaba produciendo la discriminación y por ende la desigualdad.

Pero a pesar de todo, y al amparo de la etimología, la Sexología entiende el sexo como el sexo que se es (hombre o mujer), y con todas sus implicaciones.

Términos referenciales

Sexo: este sexo está constituido por una sucesión compleja de acontecimientos biológicos, psicológicos, y sociales, que hace que seamos –y no podamos no ser- seres sexuados: hombres o mujeres. Hablamos pues de acontecimientos sexuantes que finalizan con resultados sexuados.

Aquí tendríamos que hablar de los procesos de sexuación. Es decir, de los mecanismos que nos construyen en tanto hombre o mujer, de forma diferencial. Aquellos que hacen que seamos machos o hembras. Probablemente hablar en los seres humanos de machos y hembras pueda resultar llamativo a la gente “educada”; pero somos mamíferos y como tal somos machos y hembras (De no gustarles siempre pueden intentar abdicar de ser mamíferos; yo no lo he conseguido).

Aquí hay multitud de niveles.

A nivel prenatal:

- Cromosómico
- Gonadal
- Genital interno
- Genital externo
- Neural-cerebral
- Hormonal
- ...

Este proceso busca establecer una coherencia entre todos sus niveles para ser “hombre” y “mujer”.

Sexualidad: el concepto de sexualidad hace referencia al modo de sentirse en esta condición sexuada (sexo) y a la vivencia subjetiva de dicha condición. Mi manera peculiar de ser el hombre o la mujer que soy; a nivel personal y en la medida en que vivo rodeado de otros



hombres y mujeres.

Haría referencia a como vivo mi realidad de hombre y mujer; y también como me siento orientado hacia los hombres o las mujeres me rodean.

Erótica y Amatoria: hace referencia a la expresión gestual (conducta, que dirían los psicólogos) de la sexualidad. Aquellas producciones, hechos, realizaciones e interacciones a través de las cuales vivenciamos y expresamos que somos sexuados y sexuales.

Esta erótica puede ser virtual (una fantasía) o real (un beso, un coito, una caricia), individual (masturbación) o relacional. A estas expresiones eróticas se suele reducir el significado de sexo (en la actualidad y como fenómeno reciente); pero como vemos es sólo un elemento dentro de un conjunto más amplio y extenso.

Otras expresiones sexuales. Caracteres sexuales terciarios: el hecho de ser hombre y mujer no sólo se expresa eróticamente. Veremos que cuestiones como la afectividad y la demanda erótica (pero también podríamos incluir el procesamiento matemático o la orientación espacial, por poner cuestiones dispares) varían claramente de hombres a mujeres. Estas expresiones se refieren a aquellos aspectos en los que ser hombre o mujer nos ofrece unos resultados diferenciales; por tanto sexuales, aún cuando no estemos hablando de la erótica.

Variables sexuales

De todos modos, cuando hablamos de que el sexo diferencia y separa en dos posibilidades: hombre o mujer; o mejor dicho masculina y femenina¹, vamos a matizar entre lo “dimórfico” (dos formas) y lo “intersexual” (grado).

Hay una doble expresión de lo sexual (que en ocasiones ha llevado a dos planteamientos): planteamiento dimórfico (círculo y cuadrado, por ejemplo) y planteamiento de intersexualidad (puntos diferentes de un mismo continuo: temperatura, estatura...).

Tan valioso es el uno como el otro, aún cuando el primero pueda parecer más contundente. Sin embargo, el segundo es más habitual de lo que pensamos; y probablemente contenga muchas más claves explicativas de las que creamos.

Los cromosomas (XX o XY), las gónadas (ovario o testículo), los genitales internos (trompas, útero y vagina; frente a canales eyaculatorios), genitales externos (vulva o pene) o la identidad sexual (soy un hombre o soy una mujer) encajan bien en un modelo dimórfico. Sin embargo, el nivel cerebral y neuronal, el hormonal, comportamental, estatura, peso, rol... aceptan mal cualquier planteamiento dimórfico y no por ello dejan de ser “variables claramente sexuales”.

La intersexualidad, a diferencia de lo dimórfico, hace referencia a un sexo que se va haciendo en un continuo cuyos polos son dos representaciones (teóricas y “extremas”), de tal



forma que el sujeto es un punto, un grado dentro de un continuo. No en el mismo punto que el resto, sino en el mismo continuo que los otros.

Hablemos por ejemplo del vello corporal, de la estatura...

Utilicemos como ejemplo el vello corporal. No se trata, como con las gónadas o los genitales, de dos formas diferentes. Es impensable, a modo de broma, un vello multicolor y en espiral en las mujeres, y otro en doble punta y recto para los hombres. Las células capilares, y el vello como tal, son exactamente iguales en hombres y mujeres; lo que varía de unos a otras es la cantidad y distribución de dicho vello corporal. El vello corporal es un ejemplo de los llamados caracteres sexuales secundarios, que como sexuales, diferencian al hombre de la mujer, aún cuando no estemos hablando de dos estructuras separadas y diferenciadas como las gónadas, los genitales o los cromosomas.

En este tipo de niveles nos vamos a encontrar siempre con “excepciones”; es decir, con mujeres con mucho vello y con hombres con poco. Esto es cierto; pero aún cuando hay siempre excepciones (que después veremos que todos poseemos), el vello corporal, en un sentido general, diferencia, separa y distingue a los hombres de las mujeres. Lo que distingue a la ciencia del azar es la capacidad de predicción.

Pongamos como ejemplo la estatura. Imaginen que realizamos la siguiente apuesta: me coloco en la principal calle de Zaragoza, con los ojos cerrados, y en función de la estatura como único dato, voy a adivinar el sexo de la persona en cuestión. Eliminamos a los menores de 20 años, por lo relativo del crecimiento, y vamos tomando la estatura de las personas que en ese momento caminen por la acera. Voy a utilizar el siguiente criterio: si la persona mide más de 1,75 voy a apostar sistemáticamente a que es hombre, si mide menos de 1,70 voy a apostar sistemáticamente a que es mujer; y en el intervalo de 1,70 a 1,75 no voy a apostar. ¿Qué creen que va a suceder? Adivinaron, me voy a forrar. No les quepa la menor duda de que voy a perder alguna apuesta (un hombre bajito o una mujer alta), pero a la larga, el cómputo global va hacer que mis ganancias sean superiores a mis pérdidas. Si con la estatura soy capaz de predecir el sexo, la estatura y el sexo tiene algo que ver. Si fuese capaz de entrar a un casino con el mismo margen de fiabilidad, ahora mismo no estaría dando esta charla, sino haciendo turismo por el mundo y con una cuenta corriente que sin duda me permitiría vivir con un desahogo envidiable.

La meteorología, por ejemplo, estaría encantada con un nivel de predicción tan “fiable”, a pesar de que las excepciones estén siempre presentes, o los porcentajes de fiabilidad nunca sean (afortunadamente) del 100%.

La sexualidad social

Pero una cosa es la ciencia y otra la sociedad. No podemos obviar las representaciones sociales, que a la postre, son las referencias cotidianas de los ciudadanos. La sexualidad suele quedar reducida a tres grandes cuestiones.



Sexualidad igual a juventud. Se sitúa la culminación de la sexualidad en torno a la pubertad y a partir de ahí se entra en una fase de “máxima categoría”. Como primera consecuencia, los adolescentes conscientes de esta imagen se “sitúan” en un momento único de sus vidas, sobrevalorando (en positivo y negativo) el momento que les va a tocar vivir.

Esta etapa se convierte en el “ideal”; y aunque la realidad personal es otra bien distinta (les contaría algo de lo que nos estamos encontrado en la Asesoría de Mayores, lo que nos dicen ellos y lo que nos dicen ellas), a nivel general, todo lo que queda **fuera de esos márgenes deja de ser interesante.**

Sexualidad igual a Genital. La imagen que se tiene de lo sexual es prácticamente equivalente a genital. Y esto, que podría parecer una reducción empobrecedora pero inofensiva, no lo es tanto. Esto tendrá una influencia decisiva en el “riesgo” y en la “prevención”.

Sexualidad igual a Belleza. Los medios de comunicación han asediado históricamente al ámbito juvenil con sus exigencias estéticas (ídolos juveniles, teleseries, películas...); pero el culto a la belleza actual obliga a expandir la “juventud” y su imagen, hacia la infancia y la vida adulta. La “actividad erótica mediática” sólo se da con una imagen de belleza muy concreta. Quienes coincidan con ella estarán en mejor disposición que quienes no.

Reflexiones sexológicas y retos de futuro.

Tal vez les parezca una obviedad, pero detengámonos un momento en el concepto “Educación Sexual”. Creemos sinceramente que lo que se hace habitualmente no es educación sexual. Y esto que puede parecer una afirmación brusca, no lo es tanto si reparamos en los objetivos habituales de los llamados programas de “educación afectivo sexual”.

De la histórica automatización de la sexualidad como reproducción, hemos incluido en ésta la finalidad del placer como otro objetivo. De rebote, hemos intentando “controlar” aquello (la reproducción) para facilitar esto (el placer). Tal vez, el cambio no ha sido de malo a bueno; sino de malo a menos malo.

Es posible que no estemos en la reproducción, sino que estemos más en el placer; pero, entre tanto, no hemos sabido muy bien qué hacer con el amor y los afectos. Nos hemos conformado con colocar el “afectivo”, con un guión y precediendo al sexual. Así pues, el objetivo y denominación son “afectivo-sexual”.

¿Pero de qué se habla realmente en el interior de las aulas? De los genitales. Sólo para reproducirse, no. Ahora somos más modernos, también para hablar del placer. Sin embargo, ya sea desde el objetivo anticonceptivo, o desde el objetivo orgásmico, seguimos con el punto de mira en lo genital. A lo sumo en lo corporal, como complemento y mejora. Así pues, la educación sexual no es sexual: sino erótica (o corporal, preventiva, disculpabilizadora del placer...) Y si bien no es exclusivamente genital, es eminentemente genital, como mucho erótica, pero nos tememos, que no siempre sexual.

¿Qué es realmente Educación Sexual? Aunque parezca una obviedad sexual viene de “sexo”.



Y si, como hemos dicho, lo central es el sexo que “se es”, y no el sexo “que se hace” o los “genitales que se tienen”... o, en todo caso, este sexo que se hace, como veremos, es sólo una parcela (la erótica) o un área dentro de este... ¿Qué es, pues, la educación sexual?

¿Trabajar sólo sobre “el sexo que se hace” y los “genitales que se tienen” (con sus ventajas y peligros)? ¿O entender esto como elementos, dentro de un contexto más amplio que es la “diferencia” hombre y mujer?. Eso sí, les indicamos que en sexología se entiende la diferencia como valor. Nuestro objetivo no es negar las diferencias. Sino entender que la diferencia es consustancial al sexo.

Conclusiones

Afortunadamente queremos creer que soplan vientos de cambio. Un ligero recorrido por los feminismos de los últimos años, nos pone tras la pista de un proceso que nos lleva a un nuevo momento. En el feminismo actual corren tiempos de revuelta; y más allá de la “convulsión”, creemos que todo esto puede ser una nueva época en la que poder mirar por fin la diferencia sexuada, entendida ésta como un valor.

Y más allá de los discursos estéticos, entender esta diferencia sexuada, en aspectos tan determinantes como la vivencia de la pubertad, la erótica, los ideales románticos, las prioridades del deseo, etc., nos ayudará también a ser efectivos en la prevención. Pero esto será una consecuencia de aquello, y no a la inversa. No lo olvidemos, la erótica será importante, pero está dentro del sexo.

La educación sexual actual esta enmarcada en la aburridísima corrección política juvenil, en la tolerancia y el temor a la diferencia sexual, por el pánico a la discriminación; cuando curiosamente se alardea en el respeto y cultivo de otras diferencias socio-culturales. Paradójico cuando menos.

¿Dónde está la educación sexual? En la evitación de embarazos no deseados. ¿Y eso cómo sucede? Con los genitales. En la prevención del VIH/SIDA. ¿Y eso cómo sucede? Con los genitales. En la ampliación de las vivencias eróticas. ¿Y eso qué lo limita? La exclusividad genital.

¡Qué quieren que les diga! Para mí, un aburrimiento. Estamos en una educación sexual hipererotizada, disfrazando lo genital de corporeidad y de salud; pero compartiendo de forma más amplia de lo que se cree, el antiguo paradigma de sexual = genital.

¿Por qué no hablamos de comunicación masculina y femenina? No la de todos los hombres y todas las mujeres; pero sí de unos estilos más abundantes en un sexo o en otro. Acaso no podríamos hablar de:

- Diferente vivencia de las prioridades de pareja.
- Diferente enfoque de los “cuidados al otro”.
- Diferente estilo de demanda erótica.
- Diferente estilo de expresión afectiva.



- Diferente vivencia de la maternidad-paternidad.
- Diferente orientación espacial, etc., etc., etc.

¿Por qué no dejar de hablar de genitales y empezar a hablar de hombres y mujeres? ¿Por qué no dejar de “elegir las respuestas adecuadas” y dejar que la ciencia busqué y encuentre? ¿Por qué tanto temor a la diferencia, si su negación no implica su eliminación?

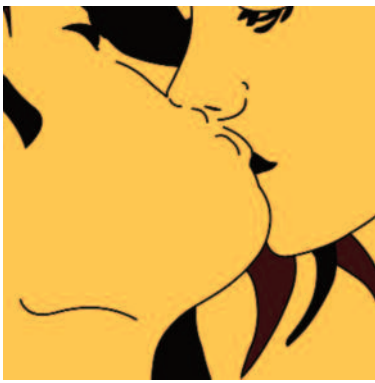
Permítanme finalizar con una palabra de Hirschfield, 1910.

“... y en ello descansa la mayor dificultad y punto de discordia, toda vez que junto a características puramente masculinas y femeninas también hay otras que no son ni masculinas ni femeninas, mejor expresado, son tanto masculinas como femeninas. Pero que este monto de características no condiciona la completa igualdad de los sexos está fuera de duda; los sexos pueden ser de igual valor o tener los mismos derechos, pero sin duda no son iguales”

Notas:

¹ Lo masculino y lo femenino sería la “posibilidad teórica” que se acaba reflejando en las personas concretas: hombres y mujeres. Estos son un hecho biográfico (hombre y mujer) pero la generalidad referida al conjunto de los hombres la denominaremos masculina, y la referida al conjunto de las mujeres, femenina.





Experiencia de trabajo en educación sexual con menores extranjeros no acompañados

Abdelouahed Amal Amane

Enfermero

Mediador Intercultural del SMMSI

Ana Lobera Labadía

Sexóloga y DUE en Centro Municipal Amparo Poch

Ayuntamiento de Zaragoza

En primer lugar, quiero expresar mi agradecimiento a la Casa de las Culturas por acogernos en su espacio para este trabajo de hoy, y también a la Unaf, a las coordinadoras de la jornada y al moderador por haberme invitado a participar en esta mesa de experiencias.

En segundo lugar, quisiera comentar el objeto de mi pequeña exposición. Las y los profesionales del Centro Municipal de Promoción de la Salud (CMPS) llevamos ya unos cuantos años trabajando con jóvenes en el ámbito de la Educación Sexual. En concreto, se atiende individualmente a los y las jóvenes en las diferentes consultas, y también en grupos, mediante la demanda de las diferentes entidades que trabajan con colectivos de jóvenes. Y entre ellos, por supuesto, también atendemos a jóvenes inmigrantes.

En el último año y medio, se ha dado la circunstancia de que hemos recibido varias demandas en relación al tema de estas jornadas, es decir, demandas de educación sexual dirigidas a grupos de chicos inmigrantes con características especiales.

Por ello, pensamos desde el principio en trabajar en coordinación con el equipo de Mediación Social e Intercultural de la Casa de las Culturas, puesto que ellos conocen y atienden desde hace años a personas inmigrantes, y aportan en este trabajo en común las claves necesarias para comprender las diferencias culturales y mediar en la tarea de la educación sexual con los chicos.

Os vamos a hablar de dos de estas demandas y de algunos aspectos que nos han parecido interesantes en el trabajo de mediación y educación sexual con jóvenes de éstos perfiles un tanto especiales. Nos proponemos explicar un poco:

- Con quiénes hemos trabajado.
- Cómo nos han llegado inicialmente las demandas
- Qué trabajo hemos realizado, quiénes hemos participado y cómo lo hemos llevado a cabo
- Algunas conclusiones
- Cómo nos hemos sentido como profesionales al realizar estas tareas

¿A quiénes hemos atendido?

Lo que voy a contar está basado sobre todo en la experiencia adquirida tras atender las dos últimas demandas recibidas en el CMPS en relación con la educación sexual de jóvenes in-



migrantes. Ambas demandas tienen algunos puntos en común y otros aspectos muy diferentes, pero las voy a contar a la vez porque me ha parecido más interesante para este foro el compartir algunas de las reflexiones que hemos podido generar en el equipo de trabajo, que la descripción pormenorizada de las sesiones grupales, que por otra parte me resultaba difícil detallar sin desvelar algunas cuestiones de obligado secreto grupal.

Las demandas en cuestión han sido las siguientes:

- En la primera, nuestro trabajo se dirigió a un grupo de 20 varones Menores Extranjeros No Acompañados (MENAs), que vivían en una residencia de acogida gestionada por un convenio entre los servicios de protección de menores pertenecientes a la Diputación General de Aragón (DGA) y una entidad benéfico-privada sin ánimo de lucro.

- En la segunda, debíamos trabajar con un grupo de tres jóvenes varones, también MENAs, que estaban bajo tutela institucional, y que fueron derivados al CMPS a través del servicio de fiscalía de menores.

Para atender a estos jóvenes hemos contado con la experiencia del Servicio Municipal de Mediación Intercultural, que lleva tres años atendiendo a menores “recluidos” en el Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial, más conocido como el reformatorio o el “refor.” Parte de lo que se está hablando hoy aquí lo tuvimos que tratar con los menores acusados de delitos sexuales.

En cuanto al lugar de procedencia, los menores eran de origen marroquí en su mayoría. Otros procedían del África subsahariana. Casi todos se habían criado en zonas rurales o en barrios del extrarradio de las ciudades. Sus edades estaban comprendidas entre los 16 y los 18 años.

En el reformatorio el perfil al que va dirigida la actuación del mediador es especialmente el de un MENA marroquí de entre 14 y 18 años o más, que llega desde los diferentes centros que se dedican a la acogida de menores en Aragón.

Todos ellos habían emigrado sin sus familias, y llevaban en España un periodo de tiempo comprendido entre los 2 meses y los 2 años en uno de los grupos, y en el otro entre 18 meses y 4 años.

Este es un hecho de gran relevancia porque es un perfil de menores completamente diferente a los menores reagrupados y a los hijos de inmigrantes nacidos en España o llegados a una edad muy temprana. Son menores con un proyecto migratorio propio con todo lo que esto implica a la hora de plantearles soluciones acordes a su edad.

En el trabajo mediante entrevistas directas con los MENAs marroquíes en el Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial, nos encontramos con menores que han llegado desde diferentes zonas de Marruecos, tanto del medio rural como del urbano. Vienen por su cuenta o como estrategia familiar. La mayoría entraron por la ciudad de Tánger, donde pasaron un tiempo más o menos largo hasta dar con un camión en el puerto de dicha ciudad o en sus cercanías. Entran, aprovechando su pequeño tamaño, debajo de estos camiones,



que suelen abandonar en la ciudad de Algeciras.

No todos pertenecen a familias desestructuradas, pero la mayoría forman parte de familias con mucha inestabilidad económica y laboral.

Algunos han pasado por experiencias de vida en la calle con todo lo que implica en una ciudad fronteriza y azotada por el paro y el paso continuo de mercancías e inmigrantes con aparente éxito en Europa (aunque la realidad de su vida en Europa sea otra bien diferente).

En esta ciudad, y en otras, muchos de estos menores han tenido experiencias con diferentes tipos de drogas (las más comunes, por su bajo coste, son los disolventes, que consiguen en cualquier ferretería, y las pastillas, que obtienen en el mercado -muy próspero- del contrabando). Muchos también han tenido en estas ciudades sus primeras experiencias sexuales, frecuentemente sin el más mínimo conocimiento de los aspectos más básicos de la educación sexual.

La llegada a España en todos los casos ha estado teñida de grandes dificultades de todo tipo, incluso en muchas ocasiones ha corrido peligro su propia vida (como en los viajes en cayucos y en chasis de camiones...). Se podría decir que, cuando menos en algún momento, todos habían sufrido situaciones de gran desamparo y peligro, aunque en las fechas en las que se han desarrollado las actividades se encontraban en mejores condiciones.

Todos eran musulmanes, aunque con diferente grado de compromiso en el cumplimiento de las normas de su religión.

El nivel de conocimiento del idioma castellano también era diferente según el tiempo de residencia en España. En los dos grupos había grandes diferencias entre unos y otros en cuanto al manejo del lenguaje. Hablaban wolof, soninke y árabe dialectal marroquí.

El nivel de estudios era escaso en todos los casos, alrededor del 50% eran analfabetos funcionales.

También es de señalar que su nivel de conocimiento de la sociedad de acogida, desde el punto de vista cultural, legal, sanitario, etc., era muy escaso, pero tenían un nivel alto de conocimiento del derecho a ser acogido por los servicios de menores.

Las demandas iniciales. Aclaraciones.

Las demandas que inicialmente recibimos en el CMPS partían de la preocupación por las conductas que los educadores habían detectado en los chicos. En el primer caso, los educadores hablaban más de “sospecha” de conductas de riesgo para los propios chicos, y también estaba presente el “miedo” a que tuvieran conductas agresivas hacia las mujeres; en el segundo caso, no se trataba sólo de una sospecha, ya que realmente habían sido acusados por “agresión sexual”.

Esto es común en muchas de las demandas que atendemos, y lo constatamos cuando ha-



blamos con padres, madres, educadores y chicos y chicas de cualquier nacionalidad. Se preocupan y nombran principalmente los embarazos juveniles, los abortos, las infecciones de transmisión sexual y las agresiones sexuales.

Desde nuestro lugar como profesionales, pensamos que lo que tenemos que ofrecer en educación sexual es algo más que herramientas para evitar embarazos y enfermedades o para evitar ser agredido o ir a la cárcel por agredir.

Pensamos que aunque nuestras intervenciones no van más allá de unas cuantas sesiones, podemos aportar algún espacio y algún tiempo para pensar sobre el hecho sexual humano y colaborar un poquito en que las personas que atendemos puedan conocerse, aceptarse y expresar su erótica de modo que sean un poco más felices.

Por eso no nos podemos limitar a hablar de genitales y de coitos, de preservativos y de hormonas, ni consideramos oportuno ofrecerles información sobre un listado interminable de enfermedades o sobre las consecuencias terribles a las que se pueden ver condenados si se saltan las “reglas del juego”.

Todo ello es importante y creemos que hay que tratarlo. Pero también nos parece ineludible la necesidad de hablar de la diversidad, de los diferentes significados de lo sexual en cada contexto, de que se puede ser un verdadero hombre o una verdadera mujer de muchas maneras, de los sentimientos, del cuerpo, de los afectos, del enamoramiento, del deseo y de la atracción...

Al intentar ofrecer educación sexual es frecuente que se traten principalmente los peligros que se desean evitar y se dejen de mencionar otros aspectos menos peligrosos, más satisfactorios y no menos importantes de la sexualidad.

Es como si en un programa de cocina tipo Karlos Arguiñano dedicásemos la mayor parte del tiempo a hablar de la higiene de los utensilios de cocina o de cómo limpiar los alimentos, pero no hablásemos nada de lo gratificante que es cocinar, compartir o degustar un plato bien preparado...

Las demandas, por tanto, suelen llegar desde la urgencia. Y así ha sido en estos y otros casos en que se solicita al CMPS realizar intervenciones de educación sexual para “resolver” lo urgente, llámese situaciones de riesgo de embarazo, conductas de riesgo de contagios de ITS, agresiones sexuales...

Pero los objetivos de la Educación Sexual, aunque incluyan el abordaje de lo urgente, se caracterizan porque si nos ocupamos de “lo urgente” es para dar paso también a las otras cuestiones también “importantes” que necesitan otros marcos de intervención distintos.

Por otro lado, es obvio que pretender dar “soluciones mágicas” en estos aspectos que hemos mencionado sería falso o en cualquier caso imposible. Si tenemos miedo de que un joven o una joven se contagie de una enfermedad terrible, se encuentre con un embarazo en un momento poco deseable, o sea sujeto u objeto de una agresión sexual, no es fácil que pensemos que eso puede cambiar de la noche a la mañana; pero quizás sí que es po-



sible intervenir desde una postura más modesta, que incluya la atención a la problemática urgente, y la apertura de espacios de cultivo de las capacidades de cada cual, y de la reflexión en torno a la sexualidad.

Qué trabajo hemos realizado, quiénes hemos participado y cómo lo hemos llevado a cabo. Cosas importantes que hemos pensado, tenido en cuenta, y sentido. Qué hemos aprendido...

Algunos elementos importantes para definir y organizar el trabajo que hemos hecho:

Aunque llevamos ya varios años trabajando en educación sexual con grupos de jóvenes entre los que hay inmigrantes, nuestra experiencia es limitada en el **trabajo con menores extranjeros que han llegado sin sus familias (MENA)**. Los jóvenes inmigrantes que habíamos atendido antes en su mayoría llegaron a España en la adolescencia o en la infancia para reagruparse con algún familiar, o incluso nacieron ya en nuestro país.

Quizá una de las diferencias más significativa es que estos chicos a los que hoy me refiero, que han venido con un proyecto migratorio tal vez propio o tal vez forzado por diferentes circunstancias, **han carecido del soporte emocional y afectivo de sus familias**, con las que la mayoría de ellos no ha podido mantener ningún contacto en mucho tiempo.

Ello les ha obligado a vivir en una institución y a empezar a integrarse en nuestra sociedad sin apenas figuras adultas cercanas (en lo afectivo), que podrían haber filtrado algunas claves para conocer el funcionamiento de nuestra sociedad.

También es cierto que esto ha producido que se acelere su proceso de maduración en algunos aspectos, aunque de una forma dolorosa, peligrosa, y que, como cabría esperar, ha incluido algunos errores.

Por otra parte, el desconocimiento del idioma añade dificultad. Aunque hay algunos chicos que entienden y hablan bien español, en ambas experiencias había mayoritariamente un nivel muy básico de conocimiento de nuestra lengua. Además la expresión de algunos conceptos más o menos abstractos, giros lingüísticos o algunas ironías del lenguaje que empleamos habitualmente como herramientas para trabajar, requieren a veces traducción y esto ralentiza un poco el ritmo de la comunicación con los chicos. Hablar de la sexualidad, de cómo uno se siente como hombre o como mujer, ante los demás y ante sí mismos, no es fácil y menos en un idioma que no es el propio.

Al tener en cuenta estos aspectos pensamos que el trabajo a desarrollar podía tener alguna peculiaridad a la que no estábamos tan acostumbrados.

De entrada, nos hemos encontrado con el encargo de hacer educación sexual con varones adolescentes procedentes de culturas diferentes a la nuestra, todos ellos subsaharianos y magrebíes. En el CMPS, todas las profesionales que desarrollamos esta labor somos españolas, blancas, y mujeres. Además, el tema que tratamos tiene que ver con “el sexo”.



Era difícil que estos chicos (varones, adolescentes, musulmanes, de procedencia árabe y subsahariana), nos aceptasen inicialmente o que nos dieran un lugar de reconocimiento profesional que nos permitiese poder trabajar los objetivos de la educación sexual.

Desde el primer momento pensamos en la colaboración del equipo de mediación intercultural, quienes por otro lado, habían recibido casi simultáneamente demandas de estos mismos grupos.

Por todo ello, estas intervenciones han sido desarrolladas en colaboración con los siguientes profesionales: del CMPS, Lara Sanz, médica de familia, así como Esther Sánchez y Ana Lobera, enfermeras y formadoras en educación sexual; los profesionales del equipo de mediación intercultural Moussa Fall, profesor y mediador intercultural, y Abdelhouahed Amal, enfermero y mediador intercultural; además, han colaborado los educadores de ambos grupos (tanto los de protección como los de fiscalía de menores). También, en algún momento puntual se contó con un traductor de soninke.

En ambas experiencias el planteamiento de la intervención ha sido el siguiente:

1.- Realizar varias reuniones con los educadores respectivos implicados en el trato con los chicos, antes, durante y después del trabajo con los mismos. El objeto de estas reuniones era:

- Recoger impresiones y matices que pudieran ser útiles en nuestra tarea (qué aspectos educativos señalan los profesionales que conviven con ellos como carentes o susceptibles de mejorar...)
- Conocer el grado de información y los conocimientos previos que pudieran tener los chicos con respecto a la sexualidad y qué trabajo de educación sexual han podido realizar hasta el momento.
- Contar con algunas claves culturales que faciliten el trabajo con estos menores.
- Solicitar “complicidad” en cuanto al trabajo, poniendo en común los objetivos y contenidos.
- Determinar quienes de nosotros estaríamos presentes en las sesiones y el encuadre en tiempo y espacio.
- Comentar nuestras observaciones en el transcurso de las intervenciones.
- Recoger impresiones sobre la magnitud del problema por el que han sido juzgados (solo en los de fiscalía).
- Cómo son sus actitudes antes y después del suceso (solo en los de fiscalía).
- Evaluar conjuntamente las intervenciones.



2.- Reflexionar en nuestros equipos de trabajo (CMPS y mediación intercultural) tras cada sesión y al final de las intervenciones, poniendo en común las observaciones de las dinámicas grupales. Así mismo, el trabajo en equipo ha permitido organizar, preparar y actualizar las sesiones e ir adecuando y ajustando el programa que inicialmente habíamos preparado para atender a los intereses y a los cambios que íbamos percibiendo.

3.- Intervenir directamente con los chicos realizando sesiones de educación sexual (metodología y contenidos):

En el primer grupo se han realizado 4 sesiones, y en el segundo 6; la duración de cada sesión fue de entre dos horas y cuarto y tres horas y cuarto cada una, teniendo en cuenta los periodos de traducción y el ritmo, más lento de lo habitual. En las sesiones más largas se hicieron descansos.

Las primeras sesiones fueron coordinadas por los mediadores culturales, que trabajaron sobre algunos aspectos de la ubicación de los chicos en su nueva situación, y en las siguientes sesiones la coordinación estuvo a cargo de la experta en sexología, de cara a trabajar los contenidos más específicos de sexualidad.

La presencia de los mediadores interculturales, en este caso varones adultos y que han realizado personalmente un proceso migratorio hace años, ha sido determinante desde el inicio de este trabajo. Sin su labor en estos grupos hubiera sido muy difícil que los chicos accedieran a dialogar sobre los temas que nos habíamos propuesto tratar.

58

Cómo hemos trabajado contenidos sobre la sexualidad

En todo momento se pensó en una metodología participativa. El grupo más grande se dividió en grupos más pequeños que se repartían las tareas para luego ponerlas en común y contrastar sus resultados con los comentarios que hacíamos la coordinadora o los colaboradores.

Imprescindibles en estos momentos las tareas de traducción y de mediación para lograr que los chicos pudieran pensar sobre la sexualidad y pronunciarse con sus comentarios y dudas. Se ha puesto especial empeño en poner ejemplos en cada detalle y hacer referencia a las similitudes y diferencias entre las culturas de origen y la predominante en el país de acogida (ejemplo de “maneras de ligar” en Senegal, en Marruecos, en España...). En las dos experiencias, al principio de cada sesión hacíamos un breve resumen de lo anterior para enlazar con la introducción de los siguientes temas.

Temas trabajados

- Explicamos brevemente el **funcionamiento del sistema sanitario español en general y los recursos disponibles**. Explicamos en la primera sesión que en el CMPS existen recursos



específicos para jóvenes y que existe la posibilidad de ser atendidos tanto en el área de salud sexual y reproductiva como en el área de salud mental. Esto es un objetivo en sí mismo, ya que facilita el que nos conozcan para que puedan acceder.

- Recordando lo expuesto en las reuniones anteriores sobre la integración en la vida social y rescatando algún comentario de los chicos, abordamos la **idea de diversidad**, esto es, de pensar en los hombres y en las mujeres como seres sexuados que se construyen, que viven su sexualidad y que la sienten y expresan en masculino o en femenino de muy diversas maneras.

- Hablamos de los **significados de la sexualidad**: qué es, dónde está, cuándo empieza y cuándo acaba, para qué sirve, cómo se nombra. Se señalaron algunos aspectos de la sexualidad: no sólo se vive en pareja sino también a nivel individual, no sólo hace referencia a lo genital sino también a lo corporal, no sólo sirve para la reproducción sino también para la comunicación y el placer..., se trabajó la idea de la diversidad, la visión sobre algunos supuestos que la gente entiende como “normales”, las respuestas corporales...

- Abordamos también algunas de las **curiosidades** sobre las que ellos van preguntando, que son similares a las que nombran los grupos autóctonos de esa edad.

- Trabajamos un poco el **conocimiento del cuerpo** (de hombres y mujeres) y su funcionamiento. La fecundación y el embarazo. La virginidad.

- Comentamos los **modelos sexuales masculinos y femeninos tradicionales** y su repercusión sobre muchas de las actitudes hacia la sexualidad y las vivencias en unas y otras culturas. Tratamos temas relacionados con: la erótica, inhibiciones y expresión de los deseos. Cuidado de uno mismo y del otro/a. Las primeras relaciones eróticas. La diversidad en las eróticas individuales y de pareja. El respeto hacia los deseos del “otro” y la necesidad de preguntar y conocer antes de pasar a actuar.

- También hemos hablado con los chicos de la **importancia de los sentimientos, las emociones y los afectos**, como cuestiones universales, de hombres y de mujeres.

- Por último hemos hecho también un taller sobre prevención de VIH-SIDA.

Conclusiones

Para los profesionales

El trabajo en equipo ha sido una herramienta valiosísima para poder llegar a estos grupos de chicos. El orden y el ritmo planteado para el abordaje de las tareas por el equipo interdisciplinar han sido algo positivo y fundamental para crear los espacios de reflexión que se pretendía lograr.

Así mismo, este trabajo nos ha hecho aprender mucho a los profesionales, ha supuesto un intercambio enriquecedor sobre las tareas más específicas de la mediación intercultural y



de la educación sexual. En cuanto a la experiencia del trabajo con estos menores, también la considero muy enriquecedora ya que nos ha permitido observar de cerca las vivencias de los chicos en su proceso migratorio que se han sumado a los cambios propios de la etapa adolescente.

Por último, y es una apreciación desde lo emocional, valoro muy positivamente la sensación de bienestar que produce la sonrisa sincera de los chicos en el momento de la evaluación.

Para los chicos

Creemos que ha supuesto para estos menores una oportunidad de: por un lado, conocer algunas herramientas básicas para su integración en España, y por otro, poder reflexionar sobre la sexualidad y acceder a algunas informaciones útiles tanto sobre conceptos como sobre recursos. Creemos que estas intervenciones pueden servir en el futuro a los chicos para que conozcan y utilicen los servicios que ofrecen tanto el Equipo de Mediación como el Centro Municipal de Promoción de la Salud. Así mismo, pensamos que estos jóvenes pueden convertirse en agentes mediadores naturales de otras jóvenes u otros jóvenes que necesiten utilizarlos.

Los contenidos elegidos se han ajustado considerablemente a las necesidades e intereses de los chicos. Trabajo, tramitación de documentos, vivienda, relaciones, ocio y tiempo libre, salud sexual... han sido los centros de interés sobre los que se han planteado las primeras reflexiones.

La metodología utilizada en las sesiones combinando informaciones de los expertos y participación de los chicos parece que ha sido adecuada. Los materiales, aunque mejorables, nos han ayudado mucho.

En general

Cuando recuerdo la impresión que tuve al recibir la demanda de hacer educación sexual con estos chicos, no puedo olvidar que en el fondo pensé que se trataría más de una “reeducación”, sobre todo con el grupo de chicos que ya había pasado por un juicio por agresión. Imaginé que sería difícil, porque estos chicos vienen ya con muchas ideas y conceptos muy grabados por las experiencias que han vivido, y también debido a que algunos estaban ya cerca de los 18 años.

Educación es una palabra de grandes dimensiones. Por eso pensé que era más prudente enfocar el trabajo desde una perspectiva más “humilde”, en el sentido de no colocarnos como jueces que les obliguen a redimir sus “culpas”, ni como padres - que tampoco lo somos - que les curen sus heridas o les moldeen como mejor crean.

Quizá es más realista colocarnos en la postura de conformarnos con aportarles alguna herramienta que les ayude a sentirse un poco mejor, y también a entender que las transgresiones de las leyes no son un buen camino.



Nos quedamos con la idea de que estas intervenciones podrían abrir el camino para ir, poco a poco, profundizando más, aunque también pensamos que esta profundización requiere de otros espacios y momentos, personas y experiencias que les ayuden a crecer.

Nos quedamos también con el deseo (y puestos a desear, vamos a hacerlo a lo grande) de que estos jóvenes encuentren en el futuro los apoyos necesarios para compensar de alguna manera las carencias que han tenido a la hora de construirse como hombres y logren tener una vida feliz.





Aspectos culturales de la sexualidad y las relaciones de pareja en la población china

Helena Amigo Gómez

Trabajadora social y coordinadora de proyectos
ASACHI (Asociación Sociocultural Aragón-China)
Zaragoza

Aspectos culturales de la sexualidad y las relaciones de pareja en la población china

Las relaciones sexuales

Para entender cómo se estructuran las relaciones sexuales y de pareja en la comunidad china, hay que tener en cuenta algunos aspectos culturales, especialmente saber cuál era el estatus social y el papel de las mujeres chinas en la antigüedad y de contrastarlo con la actualidad, pasando por la revolución comunista. Y nada mejor que a través de distintos proverbios chinos populares que reflejan algunos valores que aún todavía se conservan.

Ejemplos

重男輕女

(zhòng nán qīng nǚ) “Da importancia al hombre y resalta a la mujer”, ilustra el concepto del lugar que ocupaban las mujeres en el orden social.

夫唱婦隨

(fū chàng fú suí) “El esposo canta, la mujer lo sigue”. Significa a donde el esposo vaya la esposa lo sigue.

嫁雞隨雞, 嫁狗隨狗

(jià jī suí jī, jià gǒu suí gǒu) “Si te casas con un pollo, sigue al pollo; si te casas con un perro, sigue al perro”. (Es decir, la mujer tiene que seguir a quien quiera que se haya casado con ella. La idea aquí es que el esposo era el amo de la esposa, de modo que el destino del esposo determinaba el destino de su mujer).

No se pueden dejar de lado los pensamientos de Confucio y Tao (la importante influencia del Confucianismo y el Taoísmo), según los cuales se articulan las relaciones sexuales:

- **Confucio** considera preocupante cualquier exceso. La misión de hombres y mujeres es

62



“procrear” por lo tanto la sexualidad no se plantea como un placer, sino como una necesidad.

- **Tao** predica la integración del ser humano en la Naturaleza, y plantea “No buscar el placer, sino la longevidad”. Tao también manifiesta la posibilidad de que cualquier humano puede prolongar su vida eternamente, y en ese sentido desarrolla toda una tradición de técnicas sexuales, pero desprovista de erotismo y buscando la longevidad.

Considera que la energía vital de las mujeres es más poderosa que la de los hombres y que “hay que tener mucho cuidado, porque los hombres no se pueden dejar llevar por esa potencia de las mujeres”. Por eso propone la “Práctica del Emperador”. El Emperador tiene que proporcionar orgasmos a todas sus concubinas, pero él no puede lograr el orgasmo porque perdería toda su energía. Las mujeres deben alcanzar el éxtasis para que el hombre pueda capturar la energía que desprenden

Por lo tanto las relaciones sexuales cumplen con un doble objetivo:

o Por una parte su finalidad es **la concepción**, para que el hombre cumpla su papel en el orden universal al perpetuar la familia. Este era un deber sagrado ante sus ancestros ya que la felicidad de los difuntos se aseguraba con los sacrificios de los descendientes en la tierra.

o En segundo lugar, el acto sexual daría **la oportunidad para fortalecer la vitalidad masculina** a través de la absorción de la esencia Yin de la mujer, a la vez la mujer se beneficia al activarse su naturaleza Yin latente.

Las relaciones sexuales son consideradas parte del orden natural y la práctica de las mismas es deber sagrado de todo hombre y de toda mujer, nunca es asociada a la culpa moral.

Esta unión se practica en la privacidad familiar, no por ser algo indecoroso, sino porque debido a su raíz de carácter divino no debe realizarse frente a extraños. La sexualidad es un tema tabú y queda dentro de la intimidad de la pareja, forma parte del espacio privado de la persona y más en la mujer.

Es evidente que culturalmente las actitudes sobre el sexo son conservadoras, y algunas de estas actitudes aún persisten. El chino es un pueblo relativamente conservador en lo que se considera el papel adecuado para las mujeres en la comunidad; se fomenta la idea de que las mujeres deben ser “esposas virtuosas y buenas madres”, y por lo general existen prejuicios en contra de que las mujeres sean activas en diferentes ámbitos donde el hombre tiene la supremacía. Por lo tanto, aunque las mujeres cuentan ahora con un fuerte impulso en una dirección positiva, todavía tienen que superar muchos obstáculos.

Planificación familiar

No podemos hablar de sexualidad y relaciones de pareja sin tener en cuenta “LA POLÍTICA DEL HIJO ÚNICO” cuya aplicación se efectúa en China desde 1979.

La anticoncepción y el aborto son la espina dorsal de la puesta en práctica de la política del “único hijo”. El aborto es legal en China y es voluntario. No es así para el aborto selectivo por sexo, el gran responsable de la menor proporción de nacimientos de niñas. Actualmente la utilización de técnicas para detectar el sexo del feto está prohibida.

Como métodos anticonceptivos, se favorecen las medidas a largo plazo. Los dispositivos intrauterinos y las esterilizaciones juntas suman más del 90% de los métodos anticonceptivos



utilizados desde mediados de los años 80. Por el contrario los preservativos y la vasectomía (métodos anticonceptivos masculinos) se encuentran entre los menos usados.

Actualmente, los jóvenes chinos, con la apertura del país, han dejado de venerar la virginidad. En las grandes ciudades, la amplia mayoría mantiene relaciones antes o fuera del matrimonio. Los chinos tienen relaciones sexuales cada vez más pronto, pero en su mayoría no utilizan preservativos. Y lo peor es que desconocen y tienen una pobre información sexual. El pudor y la ignorancia les impiden informarse sobre métodos anticonceptivos.

Los preservativos y la píldora contraceptiva están al alcance de su mano, pero muchas mujeres recurren al aborto cuando es demasiado tarde ya que son conscientes de que sólo podrán tener un hijo y no malgastarán la posibilidad trayendo al mundo un bebé bastardo. El Gobierno chino, que durante años ha hecho la vista gorda o ha instigado el aborto como método anticonceptivo, está cambiando de actitud. La amenaza del SIDA empuja a las autoridades a promocionar el preservativo, pero es un cambio difícil en la sociedad china machista.

El alarmante aumento de los casos de SIDA ha hecho plantearse a las autoridades la necesidad de elaborar programas de educación sexual destinados a prevenir las enfermedades y favorecer una sexualidad saludable entre los jóvenes.

Hasta ahora, la educación sexual había tenido poca prioridad en las escuelas, y los padres a menudo son reacios a hablar sobre el tema, que sigue siendo un tabú. A partir del año 2005, el país incorporó la educación sexual y la información sobre la reproducción en el currículum formal escolar.

Otro ejemplo del cambio que se ha producido en China es que, en los últimos años, las editoriales han empezado a publicar diversos libros sobre educación sexual. Con estas medidas educativas, se intenta paliar el desconocimiento sobre sexualidad y desarrollo físico que tienen muchos jóvenes, ya que la mayoría de ellos busca información sobre el tema en Internet, consultando páginas inapropiadas para menores de 18 años que pueden fomentar la confusión.

Factores a tener en cuenta y actitudes en la planificación familiar de las mujeres chinas en la sociedad de acogida

Actitudes más comunes:

- o Las mujeres ejercen la maternidad deseada frente a la política del hijo único en su país.
- o Dificultad al acceso de servicios a causa de la barrera idiomática y el desconocimiento del sistema y recursos sanitarios.
- o El método anticonceptivo más demandado es el Dispositivo intrauterino.
- o Utilización del aborto como método anticonceptivo (especialmente en mujeres jóvenes).
- o Escaso nivel de formación e información sobre sexualidad y planificación familiar.

El matrimonio y las relaciones de pareja

El matrimonio es la institución que refleja más claramente el puesto que las mujeres ocupan en la sociedad y los derechos que ésta les reconoce. En la China antigua, la familia era quien



negociaba y organizaba los matrimonios. Los padres buscaban para su hijo una esposa de una familia dentro de su misma clase económica y social (puerta frente a puerta) y los novios no tenían ni voz ni voto en estos arreglos.

Aunque actualmente existe “libertad” en la elección de la pareja, es la familia quien tiene la última palabra. Afortunadamente la decisión de casarse está convirtiéndose cada vez más en un asunto individual. Como consecuencia de este cambio social, comienza a predominar el carácter privado del matrimonio, dándole más importancia a la felicidad personal de la pareja.

Actualmente en China la tasa de divorcios está aumentando considerablemente, especialmente en zonas urbanas, indicador de que tanto la sociedad como las mujeres chinas están cambiando su manera de ver el matrimonio y las relaciones conyugales.

Las mujeres chinas que residen en España suelen ser más tradicionales, generalmente vienen por reagrupación familiar, bien como hijas, bien como esposas y la mayoría proceden de zonas rurales cuya educación está basada en los valores más tradicionales.

¿Cómo establecen sus relaciones de pareja y matrimonio en nuestro país?

No se puede obviar la influencia y la decisión familiar en la elección de pareja y esposo/a. Los matrimonios o relaciones de pareja con “no chinos” es inhabitual fundamentalmente por la escasa relación con la comunidad de acogida y por la presión familiar y del grupo.

⇒ Búsqueda de esposa. Debido a la característica de grupo endogámico, buscan pareja dentro de su entorno (trabajo, amigos, etc....) si no encuentran candidata viajan a su país donde a través de la familia y amigos encuentran una esposa.

⇒ Jóvenes estudiantes universitarios (remesas de hijos únicos) que en los últimos años están llegando a nuestro país. El nivel económico de sus familias es medio alto. Proceden de zonas urbanas. Contrariamente a lo que podríamos pensar, su círculo suele reducirse a compañeros chinos en su misma situación, por lo que las relaciones se establecen dentro del propio grupo.

⇒ “Chinos banana”, son jóvenes que han nacido y se han criado aquí, su primer idioma es el castellano, aunque su nacionalidad sea la China porque sus padres no quieren que la pierdan. Se relacionan entre ellos y las relaciones de pareja y matrimonio se articulan dentro del grupo.

El colectivo chino en España

- La mayoría de los chinos que residen a España pertenecen a una clase media-baja, provienen de zonas rurales. Podríamos decir que el 90% de los proceden de la provincia de Zhejiang, especialmente del distrito de Qingtian (zona montañosa tradicionalmente pobre).
- Llegan como mano de obra no cualificada, contratados por empresarios chinos para trabajar principalmente en negocios étnicos.
- Han recibido una educación basada en valores tradicionales: el hombre es la cabeza visible de la familia y la mujer siempre está tras el marido.
- En su proyecto migratorio no se encuentra el aprendizaje y conocimiento de la cultura de acogida, lo que les dificulta enormemente la resolución de cualquier conflicto en nuestra sociedad.
- Se establecen unos vínculos de dependencia con la comunidad, quien proporciona todos los recursos y ayuda.



- Es un grupo endogámico, son escasos los matrimonios o relaciones con personas “no chinas”.
- Tendencia a la autonomía laboral que asegura un empleo ante la desventaja que realmente pueden tener en el mercado laboral. El trabajo asalariado en el nicho étnico proporciona experiencia y conocimiento necesario para independizarse en el mismo sector.

No me gustaría terminar sin dar voz a los protagonistas principales que a través de sus palabras reflejan su sentir, sus valores, sus costumbres y tradiciones. Estas impresiones las recogimos a través de conversaciones y experiencias con personas de origen chino en Zaragoza.

- *“Las mujeres de China son diferentes a las españolas por la cultura. Las españolas son más independientes tienen su propio trabajo su propia vida, pero las chinas primero su familia incluidos suegros, niños y segundo es para ayudar al marido, siempre las mujeres detrás de su marido. Esa es la cultura de nuestro país”* (L.F. mujer china)

- *“Aunque las leyes de España son mejor para la mujer que en nuestro país... hace falta mucho tiempo para cambiar nuestra mentalidad. Aquí todo es muy diferente el idioma la cultura, las tradiciones, las leyes....* (C.Y. hombre chino)

- *“En China se dice que cuando en la familia ocurre algo malo se soluciona de puertas para dentro.... aquí que la gente quiere hablar de sus cosas, eso es cosa de la cultura”*

- *“En caso de violencia, la mayoría acuden a la familia para solucionarlo y cuando es más grave a un abogado chino o a la embajada. Pero no a las autoridades españolas “*

- *“Cuando una mujer habla de cosas malas de su familia, todo el mundo piensa que esta mujer está mal de la cabeza”.*





Programas de salud sexual y reproductiva en Médicos del Mundo Aragón

María Pilar Orgilés
Educatriz de los programas de inclusión social de
Médicos del Mundo Aragón

Programas de salud sexual y reproductiva en Médicos del Mundo Aragón

En estos 15 minutos voy a hablar de dos programas en los que estamos trabajando temas de salud sexual desde Médicos del Mundo, una organización socio-sanitaria:

- El programa de reducción de daños, dirigido a mujeres que ejercen la prostitución.
- Y el programa de prevención de la mutilación genital femenina, dirigido a familias y especialmente a mujeres, que proceden de países donde se practica la ablación.

Programa de reducción de daños

Voy a comenzar mi exposición hablando sobre el primer programa, dirigido a mujeres que ejercen la prostitución. La iniciaré leyendo este anuncio encontrado en un periódico:

“Nuevas chicas en Zaragoza, jovencitas. Todos los servicios, francés sin hasta final, besos lengua, beso negro, griego, consoladores...” (Heraldo de Aragón).

Además, quería empezar leyendo un comentario recogido en el libro “Prostituciones, diálogos sobre sexo de pago”, en el que se recoge la entrevista conjunta realizada a 4 mujeres que trabajan o han trabajado en prostitución. Hablan de Cuestiones importantes para trabajar en mejores condiciones:

Jusara: ¡Uy! Yo creo que hay dos cosas muy importantes: el tema del sexo seguro y la seguridad...

Lilith: Pero, ¿sabes que pasa? Que hay mucho riesgo porque las chicas aceptan. Si las chicas no aceptasen sexo de riesgo, a los hombres no les quedaría más remedio que hacerlo con condón, el problema es que sí hay muchachas que aceptan. Falta mucha sensibilización por todas partes. Mira, si un tipo llega a un sitio y pide una felación sin condón, y la encargada pide: ¿Quién? Y nadie lo hace. Ella le dice: Nadie lo hace. Si nadie lo hace, él ya está ahí, quiere echar un polvo y entonces él acepta con condón.

Jusara: claro, esto es una posición personal. Si todas dijéramos no sin condón, el cliente, no encontrando, no teniendo...

Luciana: Lo más importante es concienciar a las chicas. Pero cada una va a resolver su necesidad, y muchas mujeres no tenemos esa cultura de prevención. Además si no has hecho nada en todo el día, y el hombre viene y te ofrece más por hacerlo sin condón...

Lilith:... esto es algo que debería trabajarse desde el gobierno, ser muy riguroso con eso,



porque ahora hay sitios que tienen doble tarifa así expuesta, con goma y sin goma.

Jusara: ... en algunos clubs te obligan a hacerlo sin condón. Muy bien, este cliente quiere sin condón, entonces, ¿dónde está su certificado de salud? Hay mucha irresponsabilidad y claro, una de las cosas pendientes es trabajar la responsabilidad también con los clientes”.

Este y otros comentarios expresados por las mujeres apuntan hacia la necesidad de información, formación, sensibilización y denuncia de situaciones de explotación.

Médicos del Mundo realiza parte de su intervención directamente en los clubs, una opción no siempre compartida por otras entidades que trabajan con mujeres que ejercen la prostitución. Es cierto que algunas mujeres conocen algún servicio de atención, de reparto de preservativos, y que los utilizan habitualmente. Pero también hay muchas mujeres que debido a factores que vamos a señalar a continuación, desconocen y no llegan a poder utilizar estos recursos. En general, detectamos dificultades en muchas de estas mujeres para acceder a una salud integral de calidad, y detectamos también un alto grado de vulnerabilidad.

Hemos encontrado un fuerte aislamiento en algunas mujeres que ejercen la prostitución, a lo que contribuye la movilidad geográfica cada cierto tiempo, la permanencia dentro del propio club como domicilio, el hecho de que distintos servicios se acercan al club y no se ven en la necesidad de salir en su búsqueda (venta de joyas y bisutería, venta de lencería, peluquería, venta de ropa, servicios médicos...).

A ello contribuye el desconocimiento del idioma (se estima que el 90 % de mujeres que ejercen la prostitución son extranjeras), y el carecer en muchos casos de documentación, lo que les impide empadronarse y acceder a la tarjeta sanitaria, y a veces, les hace vivir con el miedo a ser detenidas.

También influye la estigmatización social del trabajo que realizan, que hace que no comuniquen, en ocasiones, ni a su propio médico, que son trabajadoras sexuales.

Su precariedad laboral les empuja a ejercer en ocasiones más de un trabajo lo cual se traduce en que prácticamente no disponen de tiempo libre más allá de la profesión y la familia, de forma que les resulta muy complicado acceder a cursos de formación, a tiempo o recursos de ocio, etc.

En muchos casos se da un comportamiento endogámico, de grupo, que permite una red social muy necesaria en un país extranjero y facilita que la información circule entre ellas. Sobre este aspecto, destacar que hay determinados comportamientos que se asocian a algunos grupos étnicos, por ejemplo, algunas mujeres con las que hemos hablado afirman que *“son las mujeres de un determinado grupo cultural las que, como no usan preservativo, perjudican a las demás, porque el cliente te pide hacerlo sin condón”*.

El grado de exposición a situaciones de riesgo para su salud es alto: por las condiciones de higiene de los locales o de determinadas prácticas sexuales; por la exposición a contraer enfermedades de transmisión sexual al practicar sexo sin protección; por el uso continuado de la píldora del día después o de la interrupción voluntaria del embarazo como métodos anticonceptivos; por el consumo en ocasiones de alcohol y drogas; por la automedicación, de óvulos, píldoras y otros métodos anticonceptivos (que en ocasiones se hacen traer de su



país); por carecer de tarjeta sanitaria en algunos casos y no tener posibilidad de realizar visitas gratuitas de control sanitario; por la utilización inadecuada de algunos productos, como aceite de bebé como lubricante, esponjas para la regla...

También hemos detectado desconocimiento de otros recursos de la ciudad, como del sistema sanitario español o de la existencia de abogado gratuito... en los clubs nadie da esta información porque la información es poder y en muchos casos estos servicios (abogado, pruebas ginecológicas...) se les ofrece desde el club previo pago. En el libro *"Prostituciones, diálogos sobre sexo de pago"*, leemos:

"Lilith: mira, en el club "tal" sabes que a cada tiempo te piden una analítica y eso otro, un frotis, que tú tienes que pagar, porque nadie te informa de tus derechos sanitarios y te explica que puedes tenerlo en el ambulatorio... Y sabes, cuando vienen los resultados le entregan un papel a la chica pero otro a la dueña y eso es violar tu derecho de intimidad ¿no?"

Son mujeres que carecen de derechos laborales básicos: baja por enfermedad, jubilación, horario...

En ocasiones se ven inmersa en procesos de depresión. Algunas comentan la necesidad de "dejarlo por un tiempo" para oxigenarse porque "mina mucho".

El acceso a ellas de forma individual y en los clubs no es fácil ya que hay mucha desconfianza inicial por parte, sobre todo, del responsable de algunos locales, aunque ellas, rápidamente, manifiestan su interés en la formación.

Médicos del Mundo ofrece:

- Información socio-sanitaria, a través de talleres sobre sexo seguro, enfermedades de transmisión sexual, VIH y Sida, Higiene íntima y recursos. En Huesca se realiza en coordinación con los Hermanos de la Cruz Blanca que cuentan con mediadoras. En otras sedes se cuenta con agentes de salud, mujeres prostitutas formadas en la prevención, de forma que son ellas las que realizan el contacto y la formación a otras mujeres.

- Reparto de preservativos, masculinos y femeninos, y lubricantes

- Prueba rápida de VIH

- Atención en consulta de medicina general y de salud mental

- En la coordinación con otras entidades tanto a nivel local como a nivel estatal estamos en la *Red contra la trata y explotación de personas*.

En 2009 se han iniciado talleres de formación sobre búsqueda de empleo y sobre desarrollo personal en colaboración con Fogaral.

Este acercamiento puede propiciar el tratar aspectos sobre la sexualidad y las distintas concepciones culturales, sobre el propio cuerpo y su cuidado, sobre las relaciones sexuales y las prácticas, sobre el placer y la sensualidad... Aunque para ello es necesario un grado de confianza que requiere tiempo y continuidad.



Programa de prevención de la mutilación genital femenina

Estamos trabajando con las mujeres que proceden de países donde se practica la ablación aunque actualmente estamos viendo cómo acceder al colectivo masculino como parte de la familia que interviene o puede intervenir en la decisión de realizar dicha mutilación.

El trabajo en este momento se realiza en el hospital, directamente con colectivos de mujeres de países de riesgo, y en coordinación con otros profesionales.

1- Existe un protocolo de atención en el hospital a través de un convenio con el Miguel Server, Clínico de Zaragoza y Hospital San Jorge de Huesca. Cuando una mujer de un país de riesgo da a luz, la matrona contacta con la mediadora de Médicos del mundo que acude en el tiempo de estancia hospitalaria y mantiene una conversación con la mujer y el hombre, si está presente, sobre las consecuencias para la salud de las niñas de la mutilación genital. Además, les informa sobre la situación legal en España respecto a este tema.

En general, la presencia y conversación con la mediadora es bien recibida por las mujeres porque alguna de ellas tiene practicada la mutilación y sufre las consecuencias durante el parto, momento en el que puede haber más receptividad al tema.

Existe la dificultad para la mediadora que trabaja con su propio colectivo de origen, de que puede ser señalada como alguien que “se ha dejado convencer por los blancos”.

Queremos que después pueda haber una continuación de la intervención desde otro ámbito con esta mujer o familia sobre el tema y sobre la salud sexual de la madre...

En 2009 se han iniciado talleres de crianza para profundizar con estas mujeres sobre la prevención de la MGF.

2 - En este sentido se realizó en 2008 un **curso para mujeres gambianas de Salud Materno infantil** que ha servido para, en un espacio formativo, tratar aspectos sobre salud, más allá de la ausencia de enfermedad (la prevención de enfermedades, el embarazo y el parto, la alimentación infantil y la prevención de la mutilación...)

Se ha nombrado en distintos momentos el tema de la MGF, y se abordó directamente durante un par de sesiones a través del visionado del documental: “El largo camino hacia el final de la ablación”, que trata sobre la experiencia en Mali de una organización que trabaja para que los poblados dejen de practicarla. Algunas de las observaciones que recogimos son las siguientes:

- Algunas de las mujeres del grupo hablaron abiertamente del tema, y se manifestaron en contra de la práctica. Decían cosas como que “es una forma de controlar la sexualidad de las mujeres y que la que se quiere ir con hombres se va y la que no, pues no se va”. Comentaban que si su marido está también en contra, cuando viajan al país es más fácil que éste convenza a la abuela para que no se le practique a la niña. Otras señalaban que, como su marido está a favor, saben que no van a viajar con la niña para protegerla.

- Esto constata que hay hombres y mujeres que están en contra de la práctica de la mutilación genital femenina.



ción, aquí y también allí, que hay iniciativas que pueden sumarse.

- También que hay mucha presión de grupo y control del comportamiento, del pensamiento y de la palabra, que lleva a estigmatizar a mujeres que se divorcian del marido, o simplemente que expresan su opinión.

- Hemos encontrado dificultad en trabajar la educación en salud sexual. alguna de ellas declara que son musulmanas y que su religión no les permite ver el dibujo en la pizarra, por ejemplo, de los órganos genitales masculinos y femeninos y tampoco hablar de ellos. Se organizó también un revuelo importante el día que propusimos coger un espejo y que cada una se observase sus genitales para conocerlos y saber cómo cuidarlos (aunque es bastante probable que alguna lo hiciera finalmente).

- Falta comunicación sobre sexualidad entre padres-madres e hijos/as.

- La mutilación genital es un factor más que puede afectar al disfrute y la sexualidad plena de la mujer.

- Hemos observado en estas mujeres que la reproducción es una obligación social, un imperativo que proporciona reconocimiento y estatus en la familia. Muchas de ellas conocen métodos anticonceptivos y los utilizan.

- No hay a penas percepción de riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual. El preservativo no es un método muy utilizado en las parejas.

- Hay familias que viven en poligamia pero en condiciones distintas a como la viven en su país de origen. Aquí se comparte la vivienda y cada mujer ocupa una habitación de la casa con sus hijos, lo cual tiene consecuencias en la convivencia, en las relaciones de pareja, en los roles asumidos...

En el trabajo sobre la prevención de la MGF somos conscientes de que hay que hacer también un trabajo con las niñas y adolescentes que viven aquí y que la tienen practicada.

Hacer así mismo un trabajo desde la educación sexual en colegios e institutos, para todos los alumnos/as, sobre la igualdad entre hombres y mujeres, el rechazo a la violencia sexual, en cualquiera de sus formas, el disfrute de la sexualidad desde la libertad, etc.

Muchos de estos niños y niñas van a vivir aquí, van a ser adolescentes aquí y se casarán o emparejarán con mujeres y hombres de aquí, con mujeres que no tendrán practicada la mutilación. Este hecho puede ser un elemento más hacia un cambio de mentalidad que facilite el abandono de la práctica de la mutilación.

3- Para la **coordinación**, además del grupo de prevención de la mutilación en Zaragoza, hemos puesto en marcha un **grupo parecido en Huesca** en el que participan: trabajadoras sociales, matronas, ginecólogos, pediatras de centros de salud, equipos de orientación educativa, un equipo de menores, un director de un colegio con alto número de alumnado de países de riesgo, el Departamento de Atención a la Diversidad de la Dirección Provincial de



Educación, el Ayuntamiento de Huesca y el Instituto aragonés de la mujer también de Huesca.

Hemos realizado sesiones formativas y de discusión encaminadas a la elaboración de “Medidas de actuación coordinada para la prevención de la mutilación genital femenina” que abarquen la formación y sensibilización entre profesionales (sanitarios, de servicios sociales y educativos, sobre todo), la sensibilización y formación con familias y jóvenes, la atención psicológica o de otro tipo que precisaran mujeres y niñas a las que se les ha practicado, la coordinación ante casos de sospecha de que se vaya a practicar, etc.

El trabajo de la sexualidad y de la salud sexual es amplio y requiere de la confianza y de la sensibilidad para abordarlo en toda su complejidad.

Referencias bibliográficas:

- Holgado Fernández, Isabel (ED.). (2008). “Prostituciones, diálogos sobre sexo de pago”, Icaria Editorial. Pp 22.
- Bakker, Jaqueline (2001). Documental “El largo camino hacia el final de la ablación”. Holanda.





LGTB y migración

Lurdes Orellana Cubiles
psicóloga-sexóloga
Colectivo Towanda.

LGTB y migración

Ante todo explicitar las siglas LGTB y el planteamiento que se va a mantener en el texto que a continuación se expone. LGTB son las siglas correspondientes a las iniciales Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales. Por otro lado, la realidad lgtb no va a tener una referencia de grupo minoritario, por considerarse éste un concepto aplicado bajo un criterio erróneo y discriminatorio.

Por el contrario, se utilizarán los términos de **grupos o realidades no visibles o no normativas**, en tanto que son existencias que la norma no admite y que por ello se mantienen en numerosas ocasiones como existencias invisibles. Por todo lo anterior, hay que diferenciar entre “normal” y “norma”. La realidad lgtb no es la norma —que exige como única forma de relación afectivo-sexual la que se da entre personas de distinto sexo y/o género— pero sí que es “normal”, o como algunos profesionales creemos más correcto, forma parte de las posibles construcciones de la orientación del deseo y de la identidad.

El objetivo básico de este texto es el de mostrar la realidad de las personas lgtb y su relación con los procesos migratorios. Para ello, se cree básico plantear la vivencia de las personas lgtb. A la hora de trabajar con personas migrantes hay que tener presente su sexualidad como parte fundamental de su propia identidad. Al igual que en otras áreas de la sexualidad hay que contextualizar distintos factores para poder enmarcar bien dicha situación. Para aproximarse a la población lgtb, independientemente de haber entrado dentro de un proceso migratorio, hay que exponer ciertos aspectos fundamentales: la LGTBfobia social —Fobia a lesbianas, gays, transexuales y bisexuales—, la Identidad afectivo-sexual y las dobles discriminaciones.

Por un lado, saber que el mero hecho de ser, sentir, vivir... dentro de una realidad LGTB, desde un modelo sexista, patriarcal y heteronormativo, conlleva en sí mismo una discriminación, una lucha constante —tanto externa o social, como interna o personal— y/o un malestar, en numerosos casos muy significativo. Esta discriminación es lo que se conoce como **lgtbfobia social**. Esta fobia social es cualquier rechazo o miedo a la realidad lésbica, gai, transexual y bisexual.

Por otro lado, al tratarse de realidades no normativas, existe **una dificultad para construir la propia identidad**, puesto que desde el conjunto social no se ofrecen modelos de referencia válidos para poder consolidar dicha identidad. Es fundamental facilitar la construcción de identidades sólidas y coherentes puesto que es la herramienta básica para el bienestar vital. Es imprescindible hablar y trabajar desde las identidades, puesto que la sexualidad es un cons-

73



tructo rico y diverso. El mero hecho de centrar la sexualidad en relaciones heterosexuales, excluye otros modos de vivir, sentir y estar en el mundo. Es preciso abrir puertas a la libre identidad afectivo-sexual.

Por último, un aspecto clave para trabajar la realidad migratoria desde el campo de la sexualidad, es tener en cuenta el que **se pertenece a dos o más realidades no normativas** puesto que con bastante probabilidad se sucederán procesos de dobles discriminaciones. Un ejemplo claro es el hecho de ser mujer, negra, migrante y lesbiana.

Las personas lgtb que migran no sólo sienten la precariedad y la discriminación xenófoba o racial, sino que muchas de ellas también sienten la LGTBfobia, la misoginia o el machismo. El encontrarse con este tipo de discriminaciones es significativo porque las personas vienen con unas elevadas expectativas de libertad afectivo-sexual, haciendo el choque aún mayor. Por ello, es prioritario detenerse en la discriminación por orientación del deseo o por identidad sexual o de género. Para trabajar con personas que migran no sólo hay que considerar el hecho migratorio sino también su sexualidad.

Aún existiendo un cierto amparo legal, continuamos en un modelo lgtbfóbico. Esta lgtbfobia social la podemos observar en numeras ideas o creencias irracionales —irracionales en tanto que no están sujetas a hechos verificables y están basadas en mitos o estereotipos— sobre la realidad lgtb o sobre el hecho de ser lesbiana, gai, transexual o bisexual. Asumir que debe existir un rol masculino y otro femenino en parejas del mismo sexo, o el afirmar que la homosexualidad es una enfermedad, podrían servir de meros ejemplos. También podemos observar sentimientos negativos o de rechazo —expresiones de asco o vergüenza por ver a dos personas del mismo sexo dándose muestras de cariño, afirmar que no se es hombre si se tiene vagina...—. Expresión observable de estos sentimientos negativos o de rechazo serían diversos comportamientos ante dicha realidad como insultos, chistes, mofas, acoso... Tanto los pensamientos negativos, los sentimientos que ellos producen y los comportamientos en los que se derivan no son más que actitudes negativas y discriminatorias ante la diversidad del deseo y de la identidad afectivo-sexual. Las actitudes lgtbfobas están relacionadas con el desconocimiento de la realidad y con los múltiples prejuicios generados por una sociedad temerosa de la riqueza de la diversidad, temerosa a lo otro, a lo desconocido.

Seguimos, aún, en un modelo que no asume ni facilita la diversidad, en este caso concreto, los distintos modos de las afectividades, de las relaciones, de los proyectos vitales, de la comunicación, los distintos modos de ser y estar y, por supuesto, de los placeres. Esta fobia social, es decir, este conjunto de actitudes negativas en torno a la orientación del deseo y a las identidades, es un hecho cultural contingente y que, por tanto, no necesariamente ha de perdurar.

Al no ser una característica inherente al ser humano es de suponer que con esfuerzo se puede llegar a un modelo social que recoja todas las realidades afectivo-sexuales. La dificultad del momento actual es que la fobia social, con respecto a la diversidad afectivo-sexual, es ahora más sutil, aunque no por ello menos peligrosa. La sutileza de la discriminación produce una dificultad para observar las formas en las que se manifiesta, pero sigue generando malestar en las personas. El silencio, por ejemplo, es la mayor herramienta de control y vejación que las personas podemos ejercer, siendo además muy sutil. No hay mayor discrimi-



nación que la propia negación.

Pero estas distintas formas de discriminar, de anular, de hacer anónimo algo que es real, tienen unas consecuencias claras en dicha realidad. Por un lado, producen una constante lucha, tanto propia o individual como externa, de las personas LGTB.

Individual en tanto que la persona tiene que trabajar para acomodar su identidad. Las personas lgtb tienen que aceptar una identidad que la sociedad ha marcado como secundaria, como ridícula, como marginal. Y externa, porque tienen que luchar y protegerse constantemente contra las actitudes discriminatorias, desde el silencio o la negación hasta las agresiones físicas y los asesinatos. Pero, además, en numerosos casos se interioriza el modelo social llevando a la persona a sufrir un malestar significativo —lgtbfobia interiorizada, el propio rechazo y miedo al propio deseo y la propia identidad—. Esta interiorización del modelo está representada en un conjunto de ideas erróneas en torno a la sexualidad, como el asociar gestos “afeminados” al hecho de ser gai, o el pensar que para ser lesbiana una chica debe llevar el pelo corto. Además, supone sentimientos negativos, como el verse diferente o raro, el miedo al rechazo social y familiar, el miedo a la soledad o a las agresiones, los sentimientos de pérdida y de injusticia...

El hecho de reconocerse homosexual conlleva un duelo ante la pérdida del proyecto heterosexual socialmente determinado. Y por último, implica a veces determinados comportamientos como pueden ser la exageración de los roles de género, la ocultación social o invisibilidad, la creación de un proyecto vital heterosexual y, en algunos casos, produce comportamientos autolesivos e incluso el suicidio. Con respecto al suicidio, se está observando la alta incidencia del mismo, o de sus intentos, en adolescentes, por motivos de orientación del deseo.

Por ello, a la hora de trabajar con personas lgtb, sean migrantes o no, hay que poder ofrecer espacios libres de discriminación, redes de apoyo social y un trabajo personal para facilitar el proceso de autoaceptación. Es necesario que la persona tome conciencia de su propio deseo y es fundamental trabajar actitudes que fomenten la óptima construcción de la identidad afectivo-sexual. Los espacios de socialización van a desestigmatizar y van a facilitar la integración de la propia identidad, puesto que van a ofrecer modelos de referencia y de pertenencia a un grupo, disminuyendo el sentimiento del ser diferente e inferior. Pero también es necesario que sus contextos vitales faciliten la expresión emocional y no cuestionen su realidad.

Para ello, es importante que, tanto familiares como profesionales o amigos que formamos parte de los contextos vitales de otras personas, nos cuestionemos nuestras propias actitudes fóbicas para así ser óptimas figuras de apoyo. Debemos replantearnos nuestros constructos de género y de orientación afectivo-sexual, ya que éstas son realidades —como los conceptos múltiples de mujer, como las nuevas masculinidades, como la homosexualidad o como la transexualidad— que cuestionan, en sí mismas, la norma, “lo normal”, y que dan paso a la diversidad, a la realidad y a la coherencia.

Plantear, también, dos de las realidades más discriminadas e invisibilizadas. Es fundamental tener en cuenta estas situaciones porque muchas van a ser motivo frecuente de migración



de las personas. Por un lado, la realidad lésbica y, por otro, la transexual.

Las mujeres lesbianas no disfrutan del derecho a su propia reproducción, porque existe un control y una negación médica al acceso a las técnicas de reproducción asistida, dentro del marco público de la sanidad. Sin que haya una restricción legal dentro de la ley, son muchos los médicos que continúan exigiendo la presencia de una pareja masculina para poder ser candidata a entrar dentro de dicho protocolo reproductivo.

En ningún momento la ley de reproducción asistida excluye a las mujeres por su orientación del deseo, puesto que entonces chocaría con los derechos sexuales y reproductivos donde la persona tiene la posibilidad de controlar y decidir su sexualidad. Es decir, para que una mujer quiera acceder a un derecho sanitario como es éste, han de someterse al criterio de un médico y no a un criterio médico. Estas actitudes de ciertos médicos generan un intenso malestar al ser cuestionado el derecho a la propia identidad. Esta discriminación irracional lleva a muchas mujeres y muchas parejas de mujeres a decidirse por clínicas privadas, con el gasto económico que esto supone y que en sí mismo discrimina a aquellas mujeres cuya economía impide someterse a tratamientos privados.

Pero, no sólo se da esta dificultad para acceder a la maternidad, sino que, una vez conseguida, no existe la filiación matrimonial y no matrimonial automática en el caso de una pareja de mujeres. En primer lugar, se tiene que dar una unión legal como es de matrimonio, pero, además, la madre no biológica tiene que firmar una documentación antes del nacimiento para acceder al derecho de filiación. Si no se realiza este trámite burocrático antes del nacimiento o si la pareja no es matrimonio, la madre no biológica tendrá que realizar un proceso de adopción del menor. El derecho de filiación, que es un derecho que protege al menor, está descartado en aquellos casos donde la pareja no sea heterosexual, independientemente de cual sea su situación como pareja —pareja de hecho, matrimonio o pareja sin ningún contrato legal—.

Y por último, y no por ello menos destacable y sorprendente, hemos de hablar del derecho y la obligación que todas las mujeres tenemos de ir a las revisiones ginecológicas anuales. Estas revisiones están supeditadas, otra vez, al criterio de las/os ginecólogas. Son ellas/os los que consideran que no es preciso que una mujer lesbiana se haga su control ginecológico, argumentando que al no darse relaciones coitales no es necesario un control de su cuerpo. Y la pregunta es: ¿por el hecho de ser lesbiana una mujer no sufre cambios celulares y no puede sufrir ninguna infección de transmisión sexual?.

Por otro lado está la **realidad transexual**. Antes de plantear las dificultades que este colectivo sufre, es fundamental aclarar conceptos porque son la base del dilema. Las personas transexuales son aquellas que no se reconocen con el sexo y/o género que les ha sido asignado. Esto produce, en numerosos casos, un malestar significativo. También hay que diferenciar entre identidad sexual y orientación del deseo. Una persona se puede construir como hombre o como mujer —identidad sexual/de género— e independientemente, orientar su deseo a personas del mismo y/o de distinto sexo —orientación sexual—.

Aún hoy, la transexualidad es considerada un trastorno mental, cuando lo único que nos indica es que el modelo social de asignación sexual o de género (donde a todas las personas



se nos asigna a un sexo —hombre o mujer— en el momento del nacimiento, e incluso antes, y se nos presupone un género —masculino o femenino—), es erróneo. Por esta razón, se plantea la transexualidad como un proceso de reasignación con respecto al sexo de origen —el asignado social y médicamente—. Como afirman activistas trans, no es que hayan nacido en cuerpos equivocados, sino en una sociedad equivocada, puesto que el género es una construcción social. Es imprescindible afrontar que no todas las personas han de someterse a unos criterios médicos a la hora de sentirse hombre o mujer ya que la transexualidad no es ninguna patología. La transexualidad es una realidad que conlleva un malestar provocado por un modelo social bipolar, rígido y excluyente. El adaptar las características anatómicas de tu cuerpo debe ser una elección libre y personal.

La realidad transexual está sometida a la medicina en el proceso de reasignación ya que dentro del protocolo sanitario la persona ha de pasar por un diagnóstico clínico de transexualidad y un diagnóstico diferencial que descarte posibles patologías, por un tratamiento hormonal y por una psicoterapia de dos años de duración, como mínimo, para ser candidata a las CRS —Cirugía de Reasignación Sexual— o para acceder al cambio de sexo legal. En general, sigue siendo un protocolo excluyente y patologizante porque para acceder a unos derechos legales la persona ha de realizar unos tratamientos médicos y debe demostrar constantemente una identidad de género basada en categorías estereotipadas y rígidas de lo que se considera ser hombre o ser mujer. Pero además, las personas transexuales que deciden entrar dentro del protocolo médico han de recorrer de manera infinita las diversas consultas al existir un desconocimiento del Protocolo Transexual por parte de los propios especialistas y en concreto, por los médicos de cabecera.

Para acceder a un derecho como es el cambio del DNI, las personas estamos obligadas a pasar por un protocolo sanitario donde se cataloga, patologiza y controla la propia identidad. Es necesario someterse a un tratamiento hormonal durante un periodo mínimo dos años, que provoca una castración química, para poder disponer de un DNI donde se refleje el nombre y el sexo propio.

Concretar también que en los mejores casos este protocolo, en algunas comunidades autónomas, está dentro de la sanidad pública. Decir con ello, que muchas personas han de costearse un tratamiento médico que debería ser un derecho y no una obligación. Es contradictorio, porque se exige que para un cambio legal hayas estado dos años en un tratamiento médico pero sin embargo no en todas las carteras de servicio público está incorporado dicho tratamiento.

Todas estas dificultades y las estigmatizaciones que se hacen de la transexualidad generan problemas laborales, económicos e incluso sanitarios. La tasa de desempleo en personas transexuales es elevadísima, cifra que aumenta si hablamos de mujeres transexuales y migrantes. Dejando como únicas salidas ejercer el trabajo sexual o tener dependencias afectivas y económicas de parejas y familiares. Volviendo, así, a las incoherencias y a círculos cerrados. Una persona no encuentra trabajo porque su DNI no coincide con su apariencia física, con lo cual tiene una situación precaria de supervivencia, pero para poder cambiar el DNI tiene que someterse a una tutela médica durante dos años, que no tiene por qué estar financiada desde arcas públicas, con lo cual tiene que gestionar unas cantidades económicas elevadas. Cómo se va a gestionar si no dispone de trabajo ni dinero.



Cómo se va a disponer de solvencia económica si existe una exclusión de aquellas personas en las que su apariencia física y su DNI no coinciden. Y cómo va a cambiar su DNI para encontrar trabajo si no tiene recursos económicos para entrar dentro de un protocolo sanitario. En resumen, cómo va a salir de este círculo de precariedad total. Por algún lado hay que dar salida a esta situación y todos los agentes sociales tenemos algo que decir. Modificando los criterios legales para acceder al cambio legal de sexo y nombre, incorporando en la sanidad pública de todas las autonomías el protocolo transexual, facilitando el acceso laboral o dignificando el trabajo sexual, podríamos comenzar a disminuir dicha exclusión.

Por último, una persona que quiere contraer matrimonio con otra persona del mismo sexo legal y que ha migrado de un país no-comunitario, encuentra impedimentos y cuestionamientos constantes de su situación como pareja por parte de la administración- burocracia.

Una vez mostrada la realidad de las personas lgtb independiente de su lugar de origen, se plantearán los motivos por los cuales las personas migran y que también explicarán muchos malestares que encontramos, en los que los cambios, en diversas ocasiones, no se corresponden con las expectativas que traían las personas.

Las personas que migran inician este proceso para mejorar su calidad de vida, pero observamos que, frecuentemente, tras la migración esta calidad roza la precariedad más absoluta.

Hay motivos de migración por la identidad afectivo-sexual.

En estos casos las personas buscan derechos que respeten la diversidad. Por ejemplo los derechos legales de no discriminación, derecho al matrimonio entre personas del mismo sexo/género o la protección de las/os hijas/os. Una cuestión importante y necesaria de matizar es el concepto de matrimonio. No hay tipos de matrimonios, es decir, no existe el matrimonio heterosexual u homosexual, sólo existe un tipo de matrimonio que es la unión legal de dos personas adultas y que puede ser entre personas del mismo o de distinto sexo.

Una vez matizado este punto que se considera básico a la hora de plantear los conceptos, retomamos los motivos por los cuales las personas deciden construir una nueva vida lejos de sus lugares de origen.

Se migra, también, para acceder a unos derechos sanitarios como son el acceso a los protocolos transexualizadores, a las técnicas de reproducción asistida o a la asistencia médica ante el VIH. Este tipo de migraciones no se da sólo de países pobres a ricos, sino entre países ricos o dentro de un mismo país, como es el caso de España. En muchos casos se migra saliendo de un lugar agresivo e inhabitable para aquellas sexualidades no normativas.

En otros casos, las migraciones se dan por motivos de búsqueda de visibilización o de anonimato. Son migraciones que buscan espacios que faciliten las muestras de cariño y el vivir libremente la propia identidad. O el encontrar lugares donde el anonimato sea una garantía. El ejemplo más claro son las migraciones del medio rural a la ciudad o de ciudades pequeñas a grandes urbes. Estos cambios de contexto no sólo facilitan la visibilidad o el anonimato



sino que suelen ofrecer un mayor número de recursos.

Estos dos tipos de migraciones, a diferencia de la tercera y última, tienen la particularidad de disminuir el nivel socio-económico de las personas. Si una de las razones de los procesos migratorios es la búsqueda de recursos económicos, escasos o ausentes en el lugar de origen, en estas migraciones por identidad afectivo-sexual, el cambio suele producir una pérdida de recursos y estatus, pero sin embargo, ofrecerá grandes posibilidades de libertad y de crecimiento personal.

Aún con todo ello, este tipo de discriminación conlleva un posible malestar. Como decíamos anteriormente, las personas que migran para mejorar o encontrar su libertad afectiva, suelen traer unas expectativas demasiado altas del lugar a donde migran. Es decir, nos encontramos en muchos casos con personas que consideraban el nuevo país (o la nueva región) como un paraíso donde no existía ningún tipo de discriminación, pero que, una vez en el lugar, se encuentran con una realidad social que, aunque más respetuosa con la diversidad, sigue siendo lgtbfóbica. En el caso de España, la ley ha ido por delante a los cambios sociales.

Por último está el motivo económico, el hecho de migrar en busca de una mejora en el aspecto económico. En estos casos, no siendo la identidad afectivo-sexual un motivo de migración, no hay que olvidar que las personas tienen una sexualidad y que, por tanto, tendrán también unas necesidades afectivas y sexuales. Con lo cual, todas aquellas situaciones que dificulten encontrar un lugar en el nuevo espacio, dificultará el desarrollo personal.

Queremos, desde el servicio de atención psicológica, sexológica y jurídica del Colectivo por la Diversidad Afectivo-Sexual de Aragón, "Towanda", reseñar los lugares de migración de la población que hemos atendido en los años que el servicio lleva realizándose. La migración más frecuente que nos encontramos es la que se produce desde el medio rural a la ciudad. A continuación, la migración procedente de países latinoamericanos. El tercer lugar de origen más frecuente sería Europa occidental. En el servicio se ha encontrado una baja incidencia de personas procedentes del norte de África y de Europa del Este, siendo en este caso una incidencia exclusiva de varones. No se tienen datos de población subsahariana ni asiática. Creemos que estos datos, siendo meras referencias (no datos estadísticos), son representativos de cara a realizar un análisis de la realidad. El hecho de no recibir apenas demandas de atención por parte de personas procedentes de ciertos países, o el hecho de que las demandas de atención de mujeres lesbianas de ciertas zonas del mundo sean inexistentes, nos indican que es necesario el trabajo por la diversidad afectivo-sexual con los colectivos de personas migradas.

Es indispensable tener en cuenta que toda persona que migra tiene derecho al crecimiento personal y a una vida afectiva plena y satisfactoria. Por ello, todas aquellas personas que trabajamos como agentes sociales tenemos un papel fundamental en el cambio social y en la mejora de la calidad de vida, en todas sus facetas, de las personas migrantes y de las que no lo son. Es decir, a la hora de trabajar con colectivos migrados hay que tener en cuenta las identidades afectivas y sexuales para así poder ofrecer un mayor número de recursos.

Por último, recordar que en numerosos países del mundo se están vulnerando los derechos de las personas con respecto a su identidad afectivo-sexual. Existen países donde no sólo



no se contemplan dichas realidades, sino que se castigan con multas, agresiones físicas, penas de cárcel e, incluso, penas de muerte.





La inmigración femenina

Ana Bellocchio
Federación de Mujeres Progresistas

La inmigración femenina. Una ola silenciosa y poderosa

Todavía en tiempos recientes, la inmigración se presentaba como un fenómeno exclusivamente masculino. Actualmente, sin embargo, las mujeres constituyen casi la mitad del total mundial de migrantes internacionales: alrededor de 100 millones. Hasta tal punto el sobreentendido era aceptado como axioma, que pese a que están contribuyendo a la reducción de la pobreza y a desarrollar las economías emergentes, hasta hace relativamente poco, las mujeres inmigrantes no habían merecido la atención de sociólogos y analistas, ni habían sido objeto de estudios específicos. La realidad, hoy, sin embargo, apunta en sentido bien distinto, ya que, dada la magnitud del fenómeno, se ha visualizado la presencia de millones de mujeres que luchan, enfrentando realidades hostiles, dificultades y riesgos, para buscar otros lugares de amparo.

Si bien a lo largo de la historia las mujeres, en su mayoría, han migrado debido al matrimonio o a la reunificación familiar, en los últimos decenios ha aumentado el número de mujeres casadas o solteras que migran por sí solas, o en compañía de otras mujeres, de amigos, de conocidos o de otras personas ajenas a su círculo familiar.

La marcha de las mujeres está en movimiento como una ola silenciosa pero poderosa en todas las partes del mundo. Buscan oportunidades y cambio. Y se atreven, a pesar de las desventajas que proceden del hecho de ser mujeres.

Las consecuencias del proceso de la inmigración femenina son múltiples y variadas. Se producen:

- Cambios en las estructuras familiares y sociales de los lugares de origen.
- Cambios en las estructuras sociales y culturales de los lugares de llegada.
- Una contribución económica en forma de remesas que aportan elementos concretos al desarrollo de la familia de la migrante, y una reducción de la pobreza de dicha familia.
- Exposición a nuevas ideas y normas sociales que impactan a la inmigrante en el lugar de acogida y por ende a las familias y las comunidades de origen.
- Influencias en las identidades de género en los países de origen.

Las mujeres inmigrantes se ocuparán según las probabilidades del mercado de los trabajos menos remunerados y cualificados. Se verán compelidas a ocupaciones tradicionalmente



“femeninas”, como tareas domésticas en los sectores de servicios (camareras, cocineras o limpiadoras), en el sector de los cuidados a los demás (cuidadoras de viejos, enfermos o niños) o en la prostitución...

Es preciso destacar que aunque la migración sea legal, las mujeres estarán relegadas a empleos en los que la discriminación, las condiciones arbitrarias y los malos tratos son corrientes.

La inmigración femenina en España. Cómo son y quiénes son. Doblemente vulnerables

En la inmigración española actual las estadísticas indican que las mujeres representan el 45,9% de los trabajadores extranjeros documentados que ascienden, según datos del 2º trimestre del 2007, a un total de 3.536.347.

Como ya se ha señalado, la realidad nos dice, además, que esas mujeres inmigrantes soportan una carga añadida derivada, precisamente, de su condición femenina y evidencia que sus necesidades son más apremiantes. Soportan una doble vulnerabilidad, por ser mujeres, y por ser inmigrantes.

A pesar de todo, la migración femenina no ha merecido una atención específica hasta hace relativamente poco tiempo, porque en ese mismo juego de sobreentendidos, aunque el problema de la mujer suele ser más angustioso desde el punto de vista personal, es menos relevante desde el punto de vista social: la integración en la nueva situación está muy mediatizada por su papel familiar, ya que recae sobre ella la responsabilidad de atención a la familia. Pero su influencia en la integración de los hijos en el mundo de la educación, la salud, la cultura y el trabajo es decisiva.

“La cadena mundial de cuidados”

Las mujeres migrantes tienen sus propios hijos, familiares o ancianos de quienes deben ocuparse. Si no están en el lugar en el que ella reside, necesariamente deberá transferir esta responsabilidad a otras mujeres de la familia, o contratar a su vez a trabajadoras domésticas de bajos ingresos para que cuiden sus propios hogares. Este fenómeno es conocido como “la cadena mundial de cuidados”, un sistema que trasciende fronteras y globaliza la atención de las personas, que puede diferir en función de la clase social y de la procedencia o grupo de pertenencia en las formas pero no en su esencia. La mujer sigue siendo “la cuidadora”, a distancia y a control remoto.

Según Rosa Aparicio, estamos en la era de las TRES T: Teléfono, Transportes y Televisión, que relativizan las distancias geográficas y los espacios físicos.

Estas tres T se pueden condensar y conjugar en una cuarta: las Tecnologías, que ofrecen la posibilidad de comunicarse por Internet, mediante una cámara Web, la creación de blogs, la posibilidad de “colgar” fotos en los correos electrónicos, etc. Toda esta gama de posibilidades actuales facilitan la construcción, fortalecimiento e interacción efectiva y operativa



de los “vínculos familiares virtuales”.

Es interesante observar que en España en estos tres últimos años se ha notado un incremento en la necesidad y demanda de acceso a las nuevas tecnologías por parte de las mujeres inmigrantes, que realizan cursos de informática, y concurren a locutorios y/o lugares públicos gratuitos que cubren esta vital y efectiva necesidad.

También ha producido en el otro lado del hilo de la comunicación un impulso e incremento de sectores de población que tradicionalmente no hubieran sentido la necesidad de aprender a utilizar ordenadores, navegar y “conectarse”, para cumplir con las rigurosas citas, con frecuencias semanales, de los encuentros virtuales.

De esta manera las trabajadoras domésticas terminan, muchas veces, encargándose de ambos hogares, el de sus empleadoras, y el propio a distancia.

Tanto ellas como sus empleadoras femeninas siguen cargando con responsabilidades desproporcionadas: las mujeres destinan un 70% de su tiempo no remunerado a atender a otros miembros de la familia: efectúan una contribución a la economía mundial que permanece en gran medida sin reconocimiento.

Es evidente que al abandonar a la propia familia para poder mantenerla se paga un enorme precio psicológico y emocional. Esas mujeres brindan amor y afecto a los hijos o padres de sus empleadoras, a cambio de ingresos que puedan mejorar la calidad de vida de sus propios hijos, a muchos de los cuales, a veces, dejan de abrazar, en un contacto físico efectivo y gratificante, durante muchos años.

Impacto del desarraigo

El desarraigo es siempre un acontecimiento psicológicamente desestabilizador. Incluye un trastorno de la vida familiar y una ruptura radical con los valores, la cultura y la seguridad “tradicionales”.

Es interesante analizar ese momento de la tensión entre los dos polos. Esa fase de la doble pertenencia, ese momento crítico que signa la experiencia de la migración.

En una encuesta realizada en Madrid en la Federación de Mujeres Progresistas a mujeres inmigrantes extranjeras, surgen respuestas que lo muestran:

“Me siento triste, alejada, quiero tener a mi familia. A veces sueño que estoy allá...”

S. Ecuatoriana, 29 años.

“Es la comida que no me acostumbro. Allá todo es fresco. De la mata a la olla...”

R. Boliviana, 43 años.

“Estoy tensa, me duele la cabeza, antes tenía sueños con mi país. Me pasaron tantas cosas...”

H. Búlgara, 46 años.



“Soñaba que era un árbol arrancado y que el viento me daba vueltas en el aire...”

A. Uruguaya, 49 años.

Hay, como se ha señalado, en el proceso lento de la integración una doble pertenencia, una tensión entre dos polos, que va disolviéndose en un lento proceso. El conflicto cultural en la primera fase del contacto con la sociedad de acogida es un factor importante que influye en la salud psicofísica y mental.

Las dificultades lingüísticas, así como las diferentes maneras de ser mujer, amiga, madre, educadora, o de curarse o enfermarse en etnias diversas, son parte del problema y explican numerosas dificultades de adaptación, de salud o de integración. A veces se presentan manifestaciones psicosomáticas que llevadas a la consulta dificultan un diagnóstico exacto en las mujeres migrantes.

La incertidumbre que pesa sobre el trabajo, la situación legal, los documentos y demás elementos de la vida de los inmigrantes que pueden considerar fuera de su control agudizan su estrés y su angustia:

“Todo es distinto, comida, clima, costumbres y hasta el idioma, las palabras cambian...”

S. Ecuatoriana, 39 años.

“Al principio me chocó, lloraba, ahora si tengo trabajo me siento mejor, aunque me dolió la separación...”

M. Ecuatoriana, 28 años.

El stress propio de la situación de transculturación, de crisis de identidad, de la pérdida de vínculos familiares, y la necesidad de adaptación y aprendizaje, son factores que inciden en la aparición de enfermedades psíquicas y físicas, así como psicosomáticas.

Con frecuencia, al pensar en las necesidades de salud de los/as inmigrantes extranjeros/as, se olvidan elementos relacionados con trastornos psicosomáticos y de salud mental. Así, se ha observado cómo un elevado porcentaje de las consultas realizadas por esos/as pacientes tienen relación con cefaleas, precordalgias, lumbalgias, “dolor en todo el cuerpo”. Que en realidad traducen situaciones de ansiedad, depresión, infelicidad y frustración. Ello indica que tanto los profesionales de asistencia primaria como los de salud mental deben tomar en consideración estas particularidades en la valoración de los diagnósticos y en la prescripción de los tratamientos.

Al respecto son interesantes estas respuestas:

“Me arden los ojos, no sé, será de lo mucho que lloro que pierdo la vista...”

S. Ecuatoriana, 39 años.

“Parece que todo lo que como me arde. Anoche me sentía tan mal. No puedo tomar nada. Esto me muerde mucho...”

L. Ukrania, 45 años.



“Tengo alergia que me dio aquí, en mi país no tenía nada. Tengo mucho sueño, me duele la cabeza, estoy cansada...”

Y. Peruana, 30 años.

“Es terrible, es otra cosa, es que no puedo estar. Me duele tanto mi cabeza...”

A. Ecuatoriana, 42 años.

Observando y analizando lo que dicen estas mujeres inmigrantes acerca de sus dolores, angustias, preocupaciones..., se visualiza en forma patente el esfuerzo que realizan por integrarse en su lugar de destino. El costo del aprendizaje y los miedos muchas veces están depositados en el área corporal manifestándose como enfermedades físicas o psicosomáticas.

Otras veces, es la soledad y el sufrimiento lo que se padece durante mucho tiempo.

Aspecto psicosocial. La situación de crisis en inmigrantes

La cotidianidad, como manifestación y experiencia directa de las relaciones sociales, está marcada por esa particular forma de movimiento al que se denomina crisis.

La situación de crisis está asociada con ruptura, discontinuidad súbita, desestructuración de un orden previo. La cotidianidad como universo habitual en el que se expresan y manifiestan las relaciones sociales que se mantienen y despliegan habitualmente, está contundentemente quebrada por el hecho de la migración.

La ruptura del orden cotidiano de la mujer inmigrante, de esa estructura que era la trama vincular y social en la cual estaba inmersa, produce en su subjetividad una discontinuidad y vacío súbito. Como dice Ana Quiroga: “Al analizar las situaciones de crisis se presenta una paradoja: el término crisis designa históricamente ruptura, discontinuidad, lo que por extensión implica pérdida o ausencia de referentes. Sin embargo, las crisis, tanto personales como sociales, políticas como económicas, se presentan con distintas contradicciones: quiebran la cotidianidad y simultáneamente le dan forma instalándose en ella y otorgándole una nueva calidad a la experiencia”.

La inmigración en ese sentido es esencialmente crisis. Cruce de caminos en el que aparece un nuevo escenario y desaparece el habitual cotidiano. Es un movimiento que produce desestructuración y ansiedad ante lo nuevo y desconocido. Desaparecen una organización, un tiempo y un lugar que a veces han sido vivenciados como inadecuados, insuficientes o intolerables, pero forman parte del universo social habitual.

Se resuelve esta tensión eligiendo pasar de una realidad a otra: la partida, el traslado, la emigración a otro sitio en el que se ponen las esperanzas y proyecto de vida. Un lugar que es totalmente nuevo y no es aún referente ni sostén.

El/la inmigrante deberá encontrar paulatinamente los aspectos potenciales de creatividad y crecimiento que sabe que subyacen, y que son los que le han impulsado a buscar nuevos



horizontes.

Deberá estructurar otra vez su subjetividad, internalizar nuevos vínculos. Aprender a construir una nueva identidad. Es comparable a la situación de nacimiento y por lo tanto es posible remitirse a ella. Señala René Kâes: “La entrada en la vida, la entrada en el mundo es entrada en crisis. La ruptura inicial y la elaboración de esa quiebra originaria, de esta primera continuidad es la experiencia inaugural y constitutiva de lo humano”.

La situación de nacimiento condensa todos los rasgos de una crisis. Implica la redefinición radical de las condiciones de existencia, la desestructuración de lo previo. Es discontinuidad y tensión máxima de contradicciones, y en tanto crisis subjetiva, en el nivel de su registro implica vivencia de masividad de estímulos, perturbación profunda de los mecanismos de regulación, ritmia vertiginosa de sensaciones. Por esto Enrique Pichón Rivi re define ese acontecer como protodepresión, en tanto registro de pérdida y amenaza de desintegración.

Ese momento fundante y primero del ser humano marca la impronta de todo su aprendizaje vital y futuro, deberá aprender, será un sujeto cuya esencia es el movimiento de desestructuración y estructuración. Sometido a quiebras y ajustes, a resolver sus crisis elaborando sus pérdidas. Serán el grupo familiar y los vínculos primeros el sostén vital y primordial que permitirán al sujeto emerger de esa protocrisis y posibilitar sus aprendizajes.

Serán indispensables para la construcción de su subjetividad y salud psíquica y física las estructuras estables que le ofrecerán los lazos familiares y la sociedad y cultura a la cual pertenece y de alguna manera es pertenecido.

La situación de migración que es esencialmente crítica en cuanto a pérdida masiva de las condiciones preexistentes, vacío y desestructuración, remitirán a la necesaria reorganización de un nuevo universo y cambio profundo de las relaciones sociales culturales y materiales.

Necesariamente se llegar  a una situación depresiva y ansiógena semejante a la que se produce en el momento del nacimiento. Es fundante la necesidad de una estructura relativamente estable que opere como sostén y referente. Se necesita para reconstruir nuevamente su mundo interno, en constante interacción con el mundo externo, que ha cambiado radicalmente.

Son nuevas y diferentes la cultura, las normas, la lengua y las costumbres. Se vulnerabiliza su psiquis, necesariamente debe deprimirse para hacer un duelo, tiene pérdidas que elaborar. Siente nostalgias y miedo, extra a, siente dolor y a veces culpa por lo que dej  lejos. Ya no es el mismo, su identidad debe cambiar. Se lo confirma la necesidad de obtener nuevos documentos, que son un preciado tesoro. El esfuerzo de adaptación es grande. Muchos son los obstáculos. Frente a él/ella un proyecto esperanzado tira del hilo, seguir  en busca de su sueño, cruzar  el puente que lo está llevando a integrarse en una nueva cultura y con una nueva identidad, en tanto y en cuanto una actitud de adaptación activa y saludable se lo permita.

Este/a inmigrante que entra así en una crisis vital y profunda, necesita un sostén, un marco de apoyo que le permita reorganizar y estructurar su nueva identidad. Grupos, vínculos, organizaciones, son requeridos en esa situación como referentes, como ámbito de elaboración



de ansiedades, de preservación del yo, de la identidad, del pensamiento, de la capacidad de desarrollar un hacer desalienante y creativo para elaborar un proyecto en el cual sostener la esperanza.

Las pérdidas... el duelo

Cada persona asume las pérdidas y el sentimiento de duelo que éstas producen de diferente manera. El duelo migratorio es un proceso personal y por lo tanto diferente según la persona y la circunstancia de que se trate, si bien tiene algunas características que se pueden considerar comunes.

Es un complejo proceso de crisis y por lo tanto de aprendizaje en el que se elaborarán e integrarán las diferentes experiencias: las nuevas, que acaban de emerger y las que se dejan atrás, en el lugar de origen. En este proceso están presentes el dolor y la nostalgia, acompañada de tristeza, llanto, culpa, angustia, ansiedad, sentimientos de muerte y somatizaciones de diferentes tipos.

Es importante, como en toda crisis de aprendizaje, integrar, unir lo que se gana y lo que se pierde, tanto los riesgos como los beneficios. Aceptar el desafío de reorganizar y reubicar lo nuevo y lo dejado atrás. Aceptar el dolor. Aceptar las pérdidas y de este modo, planificar las esperanzas.

Acciones y propuestas de trabajo para acompañar el proceso de inclusión e inserción

La sociedad de llegada, en todas las instituciones públicas o privadas, en la escuela, la calle, el hospital, las organizaciones sociales, debe realizar un esfuerzo simétrico al de la población inmigrante, abriéndose, recibiendo la diversidad con una mente abierta a los cambios y a la interculturalidad y proporcionando para la integración instrumentos que potencien el aprendizaje, la creatividad, la salud bio-psico-social, y que puedan operar en el campo social.

Es en esta línea de trabajo que la FMP propone algunas acciones como favorecer la inclusión de las mujeres en grupos de pertenencia que ofrezcan sostén y continencia para una elaboración compartida de ansiedades, temores e inseguridades. Pero esta función de sostén no excluye sino que potencia el carácter de instrumento apto para el aprendizaje y la producción conjunta y solidaria de conocimientos, saberes, y fundamentalmente una conciencia crítica para abordar el proceso de transculturación que culminará con la reconstrucción de su identidad.

Ese proceso de inclusión no se hace solo. Hay que pensarlo, acompañarlo activamente. En este sentido la Federación de Mujeres Progresistas (FMP) hace su intervención social en referencia al tema Mujer Inmigrante con dos ópticas:

La perspectiva de Género y la perspectiva Intercultural, ejes fundamentales de la metodo-

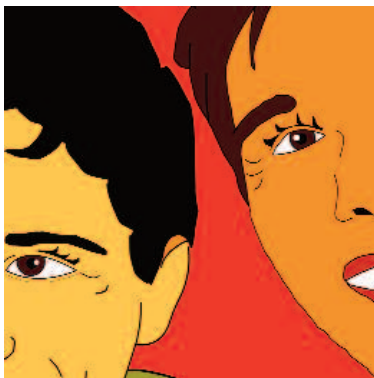


logía que aplica.

Desde el concepto de género, haciendo referencia y tomando en cuenta el conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que cada sociedad asigna a hombres y mujeres en función de su sexo. El ver estas diferencias ayuda a analizar cómo las mujeres y los hombres viven la inmigración de manera distinta, hecho que hay que tener en cuenta a la hora de desarrollar cualquier estrategia de intervención social con ambos colectivos, y permite desarrollar actuaciones diferenciadas por género y buscar el empoderamiento de las mujeres, para contribuir a su mejor integración.

Tener una perspectiva intercultural es incorporar la diversidad cultural y el respeto a la diferencia como un valor de enriquecimiento en la comunicación e interacción entre personas y grupos. Se trata de una nueva manera de entender la sociedad actual y una visión fundamental para la realización de estrategias encaminadas a la inclusión e integración, previniendo la creación de guetos culturales y de exclusión social.





La prostitución masculina

Un colectivo oculto y vulnerable

Iván Zaro Rosado

Trabajador Social

Coordinador del programa de atención a

Trabajadores Masculinos de Sexo (TMS)

ONG Fundación Triángulo

www.sindudas.org

La prostitución masculina. Un colectivo oculto y vulnerable

Cuando se aborda la prostitución, desde un enfoque socio-político, económico y/o desde los medios de comunicación, habitualmente tiende a realizarse en clave femenina.

Este planteamiento supone no contemplar la prostitución como algo amplio y diverso condenando al ostracismo a los hombres que ejercen prostitución. Sin duda este colectivo es un gran desconocido, tanto para la sociedad como para los investigadores sociales, y su invisibilidad alimenta el estigma y la marginalidad. A través de la presente ponencia se realizará una aproximación a las características generales de la prostitución masculina en la actualidad.

Comenzaremos definiendo el objeto de nuestro análisis, la prostitución masculina, y la actividad que se desarrolla, entendiendo como “Trabajo Sexual” (Osborne, 2004) la negociación y ejercicio de servicios sexuales a cambio de una transacción económica con las siguientes características:

1. Con o sin la intervención de una tercera persona.
2. Cuando los servicios ofertados son publicitados, por tanto, reconocibles de forma general como disponibles en un espacio de ejercicio.
3. Cuando el precio de los servicios refleja las presiones de la oferta y la demanda.

Por lo tanto, los Trabajadores Masculinos del Sexo (TMS) o Trabajadores Sexuales, ofertan servicios sexuales a otras personas, del mismo o distinto sexo, a cambio de una transacción económica mediante la negociación y el pacto entre ambas partes, acordando las prácticas sexuales, el precio y otras variables como el consumo o no de sustancias durante el servicio.

La principal característica de los TMS es su invisibilidad, inclusive en lo que a literatura científica se refiere. En España existe un reducido número de investigaciones que van desde un enfoque que relaciona el ejercicio de la prostitución a una conducta desviada (Ballester et al, 1996), a otras con una mayor apertura pero centradas exclusivamente en un determinado

89



espacio de ejercicio, la prostitución masculina callejera (Belza et al, 2000 o Ambit Prevenció, 2003).

La metodología seguida en estas investigaciones era cuantitativa y la información fue recogida a través de cuestionarios con preguntas cerradas. En el año 2007 se publicó una amplia investigación realizada en distintos espacios de ejercicio en la ciudad de Madrid, tales como calle, locales, saunas, pisos privados e Internet. Siguiendo una metodología cuantitativa, con la elaboración de un cuestionario, y cualitativa, a través de grupos de discusión y entrevistas en profundidad (Zaro et al, 2007).

A nivel internacional la producción literaria sobre la prostitución masculina evolucionó desde una perspectiva centrada en la conducta desviada a la figura del Trabajador del Sexo inmerso en la Industria del Sexo (Minichiello et al, 1996). En EE.UU se prestó atención a espacios virtuales (Koken et al, 2004), utilizando además metodología cuantitativa mediante entrevistas (Parsons et al, 2004; Uy et al, 2004) e incluso se ha experimentado con nuevas técnicas de recogida de datos (Minichiello et al, 1999 y 2001).

Los datos epidemiológicos

Aunque los TMS son invisibles para la sociedad y una minoría dentro del colectivo compuesto por personas que ejercen prostitución (PEP), tienen una prevalencia de infección por el VIH muy superior a la existente entre mujeres que la ejercen, inclusive entre las que habían consumido drogas por vía inyectada y entre las que nunca habían consumido (Belza et al, 2000).

Los Trabajadores Masculinos del Sexo forman un grupo especialmente vulnerable a la infección por el VIH, con una prevalencia del 19,8%.

Este dato es muy superior a la correspondiente a mujeres que ejercen prostitución, con un 1%. Esta vulnerabilidad viene marcada por el elevado número de personas con las que mantienen contactos sexuales, el padecer alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS) no diagnosticada ni tratada, el consumo de sustancias, así como el escaso uso del preservativo en sus relaciones sexuales en su vida privada (Zaro et al, 2007).

Estos datos epidemiológicos corresponden a los pacientes que acudieron al Centro Sanitario Sandoval en la Comunidad Autónoma de Madrid, especializado en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), caracterizado por ofrecer sus servicios de forma anónima, confidencial, sin necesidad de tener que solicitar cita previa o la posesión de tarjeta sanitaria. La ONG Fundación Triángulo, entidad que desarrolla desde 1998 un programa de atención a TMS, firmó un convenio de colaboración con el Centro Sanitario Sandoval. Esta colaboración se traduce en la derivación o acompañamiento, cuando es demandado, de los usuarios del programa al Centro Sanitario, así como el seguimiento de los casos entre el coordinador del programa en la ONG y la unidad de Trabajo Social y el Coordinador de C.S. Sandoval.

Los datos ofrecidos por el C.S. Sandoval, obtenidos en primera consulta, actualizados al 2007, muestran una tendencia a la alza en la prevalencia de la infección por el VIH en TMS



correspondiente al 2%. Estos datos corresponden a hombres que han comunicado que ejercían prostitución pero es necesario subrayar que la invisibilidad y el estigma que acompañan al colectivo puede motivar que un sector de los TMS que acuda al C.S. Sandoval no se identifique como tal, sino como un hombre que tiene sexo con otros hombres (HSH) o como un hombre con prácticas heterosexuales.

A nivel estatal, en el año 2006 encontramos los datos publicados por el grupo EPI-VIH que establecen una prevalencia para los TMS del 14,2% y para las TTS del 18,2%.

Características de la población

A continuación se desarrollará un esbozo con las principales características generales de los TMS fruto de examinar los datos cuantitativos, cualitativos, de la revisión bibliográfica sobre el tema así como del trabajo de campo realizado.

Inmigración

La inmigración es una variable importante cuando abordamos la prostitución masculina ya que un alto número de los hombres que ejercen la prostitución son extranjeros con un 87,1 % frente a los de origen español con un 12,9 % (Zaro et al, 2007). La situación administrativa irregular es la más habitual entre los TMS extranjeros, frente a estos encontramos los de origen español. El grado de acceso al sistema sanitario es medio ya que parecen conocer los pasos necesarios para tramitar la tarjeta sanitaria aunque el temor a una posible discriminación por parte de los profesionales sanitarios suele dificultar el proceso.

Podemos agrupar los países de procedencia de los TMS extranjeros en:

Latinoamericanos: Se nutre principalmente de hombres procedentes de Brasil seguidos en la actualidad de Venezuela y Republica Dominicana. La diversidad cultural existente entre países latinoamericanos determina percepciones y construcciones variadas sobre diversos aspectos. En relación a la sexualidad existe un modelo hegemónico¹: El heterosexual, que influye en la construcción social y cultural de la identidad masculina. De este modo el uso del preservativo viene marcado más como método anticonceptivo que como una vía de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS).

La homosexualidad dentro de este modelo es aceptada siempre que se lleve a cabo fuera del grupo de pares, pues exhibir una conducta catalogada como no heterosexual es motivo de marginación y estigma.

Europa del Este: Los países de origen son Rumania y Bulgaria. Los procedentes de Rumania suelen ejercer un nivel de prostitución bajo centrado en espacios abiertos como es la calle mientras que los de Bulgaria ejercen un nivel más alto de prostitución sobre todo en espa-



cios cerrados. La construcción de su concepto de masculinidad asigna al hombre atributos como la fortaleza, la competitividad o el rol activo en las prácticas sexuales. Por tanto los hombres homo/bisexuales quedan fuera de este grupo al asociarlos con atributos y el rol receptivo en las penetraciones.

Su percepción y visión sobre el VIH está sesgada ya que sigue viva la creencia de los grupos de riesgo, entre los que se hallan los homosexuales.

Países de mayoría musulmana: Proviene de Marruecos y Argelia. Este grupo solía ejercer la prostitución en la calle, pero en los últimos tiempos ha comenzado a ejercer en locales y a través de Internet. La prostitución en la cultura musulmana, a pesar de ser ilegal en determinados países como Argelia, Marruecos y Túnez, es concebida como un medio para preservar el honor de las familias, puesto que permite que los hombres satisfagan sus necesidades sexuales protegiendo a las mujeres vírgenes.

La homosexualidad es entendida como una patología, por lo tanto ligada a la clandestinidad y a menudo asociada a la prostitución masculina. La cultura magrebí tolera la homosexualidad sólo como sustitutivo hasta que el hombre contrae matrimonio. Por este motivo los TMS de origen magrebí no se identifican como tal, aunque sí se refieren al rol insertivo en sus prácticas sexuales reafirmando su masculinidad frente a las parejas comerciales.

Orientación Sexual

Culturalmente se asocia una determinada práctica sexual con una orientación sexual determinada, como por ejemplo el sexo anal con la homosexualidad. De este modo la Real Academia de la Lengua Española define chaperero como: “m.jerg. Homosexual masculino que ejerce la prostitución”.

En la realidad existe una amplia diversidad afectivo-sexual dentro del colectivo de los TMS, algunos se definen como heterosexuales (un 30,7 %), otros como bisexuales (un 46,5%), y por último como homosexuales (un 22,8%), (Zaro et al, 2007).

Este hecho pone de manifiesto lo erróneo de la definición del término chaperero, cuando lo relevante no es la orientación sexual del sujeto sino la actividad que desarrolla, en este caso el trabajo sexual. Puesto que la elección de ejercer prostitución en la mayoría de las ocasiones responde a razones puramente económicas y no a la satisfacción de necesidades sexuales o el disfrute.

Edad y tiempo de ejercicio

El perfil del trabajador del sexo en la ciudad de Madrid es el de un hombre joven que ejerce la prostitución por un tiempo limitado, en torno a un año. La mediana de edad es de 25 años (Zaro et al, 2007).



Movilidad

La movilidad es una característica básica que marca el funcionamiento de la prostitución masculina. Entendemos como movilidad el flujo migratorio con un fin económico, como son los viajes que los TMS llevan a cabo por el territorio español o Europeo con el fin de ejercer la prostitución en los puntos de destino por un tiempo determinado.

El motivo de la movilidad es el de evitar el efecto “cara quemada”, tan común entre las personas que ejercen prostitución (PEP), basado en la búsqueda de diferentes espacios de ejercicio donde resultar novedosos a los clientes con las consecuentes ganancias económicas (Zaro et al, 2007).

A través de Internet se han creado nuevos canales de comunicación y servicios que han favorecido el ejercicio de la prostitución masculina en distintos puntos de Europa, y por tanto la movilidad del colectivo. Los espacios con mayor movilidad son los pisos privados gestionados por terceros o proxenetas², ya que existe una red de comunicación entre pares o iguales donde se transmiten datos referentes a las localizaciones, condiciones de trabajo y calidad de las instalaciones. La estancia de un TMS en un piso queda determinada a un mínimo de 21 días y se denomina “plaza”. A través de esta plaza el trabajador del sexo recibe aproximadamente el 50% de la tarifa que el cliente haya pagado por el servicio sexual (el porcentaje puede variar dependiendo de las condiciones del proxeneta).

Como contraprestación el proxeneta o gerente del piso financia los anuncios en prensa así como los gatos de alquiler y/o manutención de los trabajadores del sexo en sus instalaciones.

En ocasiones determinados pisos tienen horarios y condiciones de trabajo abusivos para los trabajadores del sexo. La movilidad también viene marcada por etapas donde el número de clientes disminuye como las etapas estivales, lo que motiva a los TMS a desplazarse a zonas turísticas y/o costeras en busca de nuevos espacios de ejercicio.

Drogas

Según estudios publicados recientemente España es uno de los países europeos junto con Reino Unido en los que se ha consumido más cocaína en el año 2006³. A menudo en los espacios de ejercicio cerrados, tales como bares o saunas, la accesibilidad es mayor para el consumo de alcohol y cocaína. Es habitual el consumo de sustancias con fines lúdicos con el objetivo de facilitar la socialización en espacios de ocio nocturno incluidos aquellos en los que se desarrolla la prostitución, como locales de copas o saunas. A menudo son los propios clientes quienes llevan consigo las sustancias y proponen que los servicios sexuales sean acompañados con el consumo de las mismas. Otro tipo de sustancias como ketamina, éxtasis o cannabis también están presentes en espacios de ocio nocturno y bares de copas, pero a penas se utilizan en el ámbito de la prostitución. Sin embargo existen dos sustancias presentes en la prostitución masculina, son la viagra y el Popper.



La primera está destinada a aquellos varones que padecen disfunción eréctil, es utilizada por los TMS ya que les facilita prolongar largas horas los servicios sexuales.

También es habitual su uso por aquellos trabajadores del sexo que realizan apariciones en producciones pornográficas. El uso de viagra no es algo generalizado y prolongado por parte de los TMS, más bien es de uso puntual.

La segunda sustancia es el Popper, un vasodilatador que relaja los esfínteres facilitando la dilatación anal. Es una sustancia cuya vía de consumo es inhalada y cuyos efectos duran escasos minutos. El consumo de esta sustancia puede ser altamente peligroso para aquellas personas que sufren dolencias cardíacas, así como la combinación entre ésta y la viagra, ya que aumenta el riesgo de sufrir paros cardíacos que pongan en grave peligro la vida de la persona.

Imagen corporal

La imagen corporal juega un papel importante dentro de la prostitución masculina, sobre todo aquella desarrollada en espacios cerrados como locales de copas o saunas y a través de Internet donde la competitividad es mayor. El cuerpo es entendido en muchos casos como una herramienta de trabajo que, prestándole los cuidados necesarios, les proporcionará mejores condiciones para competir. El cuidado de la imagen en espacios abiertos como la calle no es algo relevante ya que el nivel de prostitución es bajo ligada a una serie de necesidades básicas sin cubrir.

Es habitual que el cuidado de la imagen por parte de los TMS esté basado en el ejercicio físico, en sesiones de depilación corporal, en una correcta alimentación, en conocimientos sobre los ciclos hormonales y sobre anabolizantes que les permitan ganar masa muscular en un corto espacio de tiempo. Tanto la información como los productos pueden adquirirse en gimnasios y/o a través de Internet. Encontramos casos de Trabajadores del Sexo con VIH que adquieren y consumen anabolizantes con el fin de ganar masa muscular y evitar que compañeros o clientes puedan sospechar su estatus serológico lo que podría suponer la exclusión y la pérdida de ingresos económicos. Otro factor asociado a la imagen corporal son las tendencias de moda respecto a la vestimenta y complementos asociadas a firmas de prestigio.

En espacios virtuales e Internet la imagen corporal cobra un papel fundamental ya que no existe la posibilidad de interacción cara a cara entre el trabajador del sexo y el cliente, y que en caso de darse queda relegada a conversaciones telefónicas o videoconferencias.

El tratamiento de la imagen en este ámbito está ligado al mundo de la pornografía hasta el punto de que algunos TMS compaginan la prostitución con apariciones en películas pornográficas.

La imagen lo es todo en la red por ello los TMS que se publicitan en portales de Internet tratan de realizarse nuevas sesiones fotográficas de forma periódica.



Voluntariedad

En el ámbito de la prostitución masculina hay principalmente dos actores, uno que oferta servicios sexuales y otro que los demanda. Existen además otras figuras cercanas a la prostitución que suponen un delito tipificado en el código penal, que son:

- Rufián: 1. m. Hombre que hace el infame tráfico de mujeres.
- Proxeneta: 1. com. Persona que obtiene beneficios de la prostitución de otra persona.

La primera figura es la del rufián, conocido popularmente como chulo. Se refiere a aquél hombre que trata con seres humanos para su explotación sexual mediante coacción, amenazas, e incluso privación de cualquier derecho humano incluido el de la libertad.

No hemos tenido constancia hasta la fecha de hombres que hayan sido víctimas de redes de trata de personas para fines de explotación sexual, sin embargo sí hemos tenido constancia de casos en los que unos compañeros se ayudan entre sí a sufragar el billete de avión para acceder a España, contrayendo una deuda, y teniendo que devolver el préstamo con intereses, sin obligación de trabajar en la prostitución.

La segunda figura es la del proxeneta, individuo que se lucra con la prostitución de otra persona a pesar de que sea algo pactado y voluntario. Esta actividad está tipificada como delito según el código penal del 23 de noviembre del 1995 donde se contempla la prostitución en el Título VIII, “delitos relativos a la prostitución”, en concreto en el artículo 188 que dictamina:

“El que determine, empleando violencia, intimidación o engaño, o abusando de una situación de superioridad de la víctima a persona mayor de edad a ejercer la prostitución o a mantenerse en la, será castigado con las penas de prisión de dos a cuatro años y multa de 12 a 24 meses. En la misma pena incurrirá el que se lucre explotando la prostitución de otra persona, aún con el consentimiento de la misma”.

En el ámbito de la prostitución masculina la primera figura no se encuentra institucionalizada ni parece existir. En cambio la figura del proxeneta es la que encontramos en los pisos gestionados por terceros, quienes reciben un tanto por ciento de la recaudación de cada servicio que el trabajador del sexo realiza dentro del domicilio del gerente.

En cuanto a las relaciones que se establecen entre los TMS y sus clientes se llevan a cabo desde la voluntariedad de ambas partes y desde el principio básico de la autodeterminación de quien decide y/o elige la actividad que desarrolla. Lo cual no implica que en todos los casos haya entre ambas partes una relación equitativa puesto que la escasez de recursos y el consumo de sustancias pueden situar al trabajador sexual en un nivel de vulnerabilidad ante el cliente.



Estigma

El estigma es un término que define “un atributo profundamente desacreditador” (Goffman, 1963) pero no sólo es un atributo, también implica una serie de relaciones entre el individuo estigmatizado y los demás. Estas relaciones ponen en funcionamiento mecanismos estigmatizadores (discriminación, rechazo, aislamiento, etc.) y a su vez activan estrategias que permiten al individuo manejar el estigma intentando reducir sus efectos negativos. El colectivo de los TMS se encuentra doblemente estigmatizado.

Por un lado por su actividad, puesto que la prostitución es considerada por la sociedad como algo ilegítimo (el estigma alcanza tanto a TMS como a usuarios de prostitución), y por otro por tratarse de hombres que tienen sexo entre hombres, cuando la norma imperante es la heterosexualidad (Villamil et al, 2006). El grado de vivencia del estigma de la homosexualidad difiere en función del TMS, su cultura de origen y su proceso de socialización, pero sin duda el de la prostitución es vivido en algunos momentos como algo angustioso por parte de la mayoría de los TMS.

La invisibilidad es una de las estrategias que utilizan para protegerse del rechazo social, ya que el no exponer ante la opinión general la actividad que desarrollan evita la desaprobación. Asumen que existe una parcela de sí mismos que no pueden mostrar, esta invisibilidad es asumida y mantenida. Este es el modo en el que gestionan el estigma de cara a la sociedad, sobre todo con seres queridos como familia o pareja sentimental ya que según expresó Goffman (1963) “es precisamente a los más allegados a quienes el individuo puede querer ocultar con más celo algo vergonzoso”.

96

Espacios de ejercicio

Una vez analizadas las características generales de los TMS resulta interesante conocer el contexto de la prostitución masculina. Entendemos por espacio de ejercicio la extensión en la que se encuentran los grupos de TMS caracterizada por variables físicas que influyen en las condiciones en las que se ejerce prostitución como pueden ser el horario de apertura de un local o el código de ropa de acceso al mismo. Se puede clasificar el espacio en relación al grado de accesibilidad que se tiene al colectivo de TMS así como en función de variables del contexto.

Por lo tanto encontramos:

Espacios abiertos: Son abiertos ya que son espacios públicos de uso común para la ciudadanía como son plazas o jardines. Las personas que acceden o interaccionan en este espacio tienen diferentes motivaciones siendo la prostitución masculina una pequeña parte del todo. En espacios abiertos los TMS son invisibles para la ciudadanía ya que ésta no reconoce sus códigos. Se encuentran al aire libre expuestos a las inclemencias atmosféricas y accesibles a la ciudadanía. Hablamos de plazas y calles del centro de la ciudad, en concreto en Madrid estas zonas son la puerta del Sol así como calles adyacentes al barrio de Chueca. El horario de ejercicio en estos espacios tiende a ser diurno. Es importante señalar que el es-



pacio abierto es el lugar donde se contacta y donde se negocian los servicios que son llevados a cabo en pensiones cercanas o en domicilios particulares.

Espacios cerrados: Son cerrados porque los espacios son propiedad privada que cuenta con derecho de admisión y cuyo público acude con motivaciones específicas. En estos espacios es donde existe mayor visibilidad y tolerancia hacia el colectivo de TMS así hacia sus clientes. La competitividad entre trabajadores sexuales se da con mayor intensidad en estos espacios. El principal rasgo diferenciador de este ámbito es la visibilidad del colectivo y el grado de tolerancia hacia el mismo por parte de los clientes que acuden al local.

Cuando un trabajador del sexo se encuentra en un espacio cerrado expuesto ante sus pares de iguales y ante parejas comerciales, se favorece:

1. **La solidaridad:** Estas redes de solidaridad primaria suelen forjarse a menudo entre trabajadores del sexo que proceden del mismo país y cultura sobre todo entre aquellos TMS que se introducen por primera vez en el ámbito de la prostitución o bien en un determinado espacio físico. Estas redes de solidaridad abarcan desde acompañamientos a centros hospitalarios en casos de emergencia hasta el préstamo de dinero en casos de necesidad.

2. **La transmisión de información:** La información puede ser verídica y transmitirse de forma acertada o bien puede ir sufriendo modificaciones y pérdida de veracidad hasta el punto de ser completamente errónea. Esta información puede estar relacionada con la existencia de recursos dirigidos a TMS como Centros de Infecciones de Transmisión Sexual, como es el ejemplo de C.S. Sandoval en Madrid. Un aspecto negativo en la red de transmisión es que en ocasiones la información que se vierte y difunde es falsa como puede ser la propagación de rumores sobre algún TMS o cliente que juzga su estatus serológico por manchas en la piel o pérdida de peso con la consecuente estigmatización y discriminación.

3. **La presión de grupo:** Tiene como consecuencia pactos entre los TMS tales como una tarifa mínima por la cual ningún trabajador de sexo puede bajar el precio del servicio, de hacerlo se consideraría por el grupo de iguales como competencia desleal con el consecuente castigo (agresiones verbales e incluso físicas). Esto evidencia la alta competitividad en espacios cerrados donde encontramos un elevado número de TMS frente a un reducido grupo de clientes.

Como espacios cerrados encontramos locales de copas o de ocio nocturno con un horario de apertura en torno a las 23 horas y con cierre a altas horas de la madrugada.

En este espacio la prostitución sólo puede ser nocturna y el contexto se utiliza para el contacto y negociación de los servicios que suelen llevarse a cabo en hoteles cercanos o bien en las propias instalaciones del local si contara con ellas. Otra modalidad de espacio físico son las saunas, con horario de apertura, en ocasiones, de 24 horas, y donde la prostitución es prolongada durante todo el día. Los TMS acceden a las instalaciones previo pago de una entrada, de igual manera acceden los clientes, y la negociación y el servicio se desarrollan dentro del local. El trabajador del sexo no entrega ningún porcentaje de sus ganancias al propietario de la sauna. En estos locales es donde mayor diversidad cultural encontramos entre los TMS. Encabezan el grupo los brasileños seguidos de búlgaros, marroquíes y espa-



ñoles.

Por último encontramos pisos que pueden ser autogestionados por los propios trabajadores del sexo o bien gestionados por terceras personas donde los TMS ocupan una plaza y ejercen prostitución en las instalaciones del proxeneta durante un tiempo establecido de 21 días o “plaza”. En este caso el trabajador del sexo conoce y acepta el cumplimiento de las normas y horarios establecidos por el gerente del piso, que en ocasiones es abusivo, y entrega un porcentaje de sus ganancias al mismo.

Espacios abiertos virtuales: Entendemos que un espacio es virtual cuando el cliente demanda servicios del trabajador del sexo mediante un canal en cual no hay interacción física, teniendo que recurrir a conversaciones telefónicas, comunicación a través de chat, correo electrónico o videoconferencia, para establecer una negociación previa al servicio sexual.

Podemos establecer como espacios de ejercicio virtuales:

- **Sección de contactos:** Nos referimos a los espacios que los diarios de tirada nacional y/o local dedican a las secciones de contactos, donde los TMS publicitan sus servicios junto con su teléfono de contacto. A menudo estos mensajes van acompañados de información referente a roles sexuales o tamaño del pene. Esta sección está insertada dentro del diario y por tanto es una pequeña parcela dentro del mismo. Similar funcionamiento presenta la publicidad por parte de TMS a través del canal del teletexto, tan solo que la comunicación tiende a realizarse mediante mensajes de texto por el teléfono móvil y es leída a través de la televisión.

- **Internet.** La forma en la que los humanos nos comunicamos ha cambiado debido a la influencia de las nuevas tecnologías y la industria de sexo ha sabido adaptarse a la era de Internet con el fin de expandirse y obtener mayores ingresos económicos. La prostitución masculina está presente en los espacios virtuales, donde se puede ofertar, demandar, incluso se pueden mantener los servicios sexuales. Este espacio virtual es abierto puesto que es ámbito accesible para un gran público donde la prostitución es una pequeña parte del mismo. La principal diferencia entre espacios abiertos físicos y virtuales es que mientras que en los primeros los TMS son invisibles para el entorno ajeno a la prostitución, en el segundo se da mayor grado de visibilidad y tolerancia.

El principal espacio virtual es el servicio de chat de potentes portales de comunicación LGTB4. Estas salas de chat están divididas por áreas y temas de interés o ciudades españolas. Dentro de estos canales podemos ver a cualquier hora del día personas conectadas bajo un pseudónimo o nick relacionado con la prostitución. La negociación se realiza a través de una conversación privada a tiempo real entre el TMS y la pareja comercial. Como herramientas para la negociación el trabajador del sexo cuenta con fotografías personales, enlaces a perfiles de portales específicos con detallada información, así como la posibilidad de establecer videoconferencia para mantener la negociación incluso el propio servicio sexual.



Las variables que determinan el acceso de un TMS a este espacio es la comodidad que reporta ya que le permite ofertar el servicio desde su domicilio, además la competitividad no es tan directa ni sentida con la misma intensidad que en espacios cerrados como una sauna o un piso. Por último el acceso a estos espacios está limitado a personas con formación sobre lengua española, que pueden leer y escribir con soltura, y que poseen conocimientos sobre informática.

Por este motivo la mayoría de los hombres españoles que ejerce la prostitución elige el espacio virtual para publicitarse ya que reporta mayores ingresos económicos y conlleva un mayor grado de confidencialidad y anonimato. El nivel de prostitución en Internet es medio-alto, sobre todo para aquellos TMS cuya movilidad es europea ya que el espacio virtual les amplía margen y posibles ganancias económicas con clientes de otros países.

- **Portales específicos:** Son portales donde sólo se publicitan los servicios sexuales de TMS agrupados por ciudades españolas o países del mundo. La información que contiene referente al trabajador del sexo detalla rol sexual, edad, medidas y peso, tamaño del pene, nacionalidad, disponibilidad para viajar (movilidad) así como para apariciones en producciones pornográficas, tanto en fotografía como en vídeo. Junto a estos detalles aparece el teléfono directo del trabajador del sexo y/o su dirección de correo electrónico.

Los TMS publicitados en estos portales pagan una cantidad al mes para aparecer en el portal, es un procedimiento habitual en servicios de contactos generales. Este medio facilita la demanda de servicios sexuales por su anonimato e inmediatez. Actualmente la prostitución tiende a globalizarse encontrando portales específicos donde los clientes pueden demandar servicio tanto a mujeres, a hombres, o a mujeres transexuales. Un funcionamiento similar tienen las páginas de contacto privadas de un trabajador del sexo salvo que en ella no se encuentra competencia directa con más TMS y la publicidad de dicha página corre a cargo del mismo.

Los pisos autogestionados así como los gestionados por terceras personas también se anuncian en espacios virtuales. En sus páginas se muestran las instalaciones del piso, el mapa de acceso al mismo, fotografías de los TMS que están realizando la “plaza”, precios, servicios y tarifas. Otro sistema de publicidad que encuentran los pisos privados es en la sección de contactos de los diarios.

- **Foros en Internet:** Por último aunque con un carácter minoritario encontramos foros en Internet donde se ofertan o demandan servicios sexuales en diferentes ciudades españolas. En estos mensajes se especifican los servicios que se ofertan o demandan junto a las tarifas y correos electrónicos para establecer la negociación. Estos recursos tal vez sean los menos conocidos y utilizados.

Conclusiones

A modo de conclusiones diremos que el colectivo compuesto por Trabajadores Masculinos del Sexo es un gran desconocido tanto para la sociedad como para la comunidad científica. Es un grupo complejo, heterogéneo, de alta movilidad y poco visible al no existir un arquetipo de trabajador del sexo. Los datos relevantes al ámbito sanitario del colectivo muestran



una la prevalencia del VIH del 20% en el 2007.

Este dato es alarmante y motivo suficiente para reivindicar la existencia del colectivo junto con la necesidad de escucharle, conocerle y prestarle la atención necesaria sin paternalismos y con la mayor profesionalidad posible. Es momento de enfocar la prostitución en un sentido amplio y diverso con medidas reales que reduzcan los riesgos y/o daños que esta pueda causar.

La vulnerabilidad de los TMS es alimentada por la invisibilidad, por el estigma que perpetua desigualdades sociales, por la situación de irregularidad y la violación de derechos básicos, por la ausencia de normas reguladoras que permitan a los trabajadores del sexo sentirse respaldados en el desarrollo de su actividad. El silencio y el desconocimiento sobre la prostitución masculina agudizan la vulnerabilidad de un colectivo que necesita aceptación y un abordaje integral a sus necesidades.

Por ello la ONG Fundación Triángulo lleva casi once años prestado servicio a TMS con un programa de atención social, legal y sanitaria a través de una metodología avalada por ONU-SIDA como es la educación de calle (Outreach work) y la educación entre pares (Peer education). Este programa es apoyado por el C.S. Sandoval que presta atención sanitaria y facilita el acceso a la misma a cualquier persona que lo solicite y necesite sin obstáculos burocráticos ni discriminatorios. Ofrecer un servicio profesional que respete a los TMS y les ofrezca confianza, es el primer paso para alcanzar nuestros objetivos. Estos son ofrecer herramientas que permitan una mejor calidad de vida de los usuarios y la reducción de la transmisión de la infección por el VIH.

Agradecer al C.S. Sandoval su implicación en el proyecto y especialmente al Dr. Jorge Del Romero, Coordinador del centro, su total colaboración y ayuda en el desarrollo de nuestra labor.

Notas:

¹ “Prevención de VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual en hombres que ejercen prostitución. Elementos clave para el desarrollo de programas” Secretaría del Plan Nacional sobre el sida. Ministerio de Sanidad y Consumo.

² Según la Real Academia de la Lengua Española define Proxenetista como “Persona que obtiene beneficios de la prostitución de otra persona”

³ Información recogida en el Informe Anual del 2006 “El problema de la drogodependencia en Europa” del Observatorio de las Drogas y las Toxicomanías.

⁴ Población Lesbiana, Gay, Transexual y Bisexual (LGTB).

Referencias bibliográficas

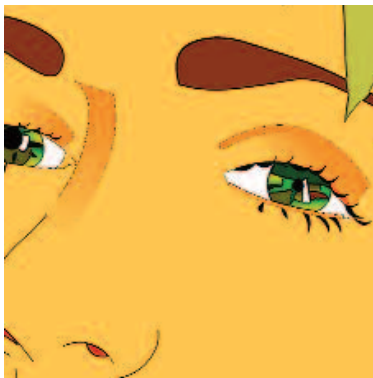
- Ambit Prevenció. Estudi sobre treball sexual masculí, Barcelona 2003.

- Ballester, R; Gil, M.D. 1996. “Prostitución masculina: Estudio psicosocial en nuestro contexto”. Valencia: Promolibro.



- Belza, M.J; Llácer, A; Mora, R. (et al). 2001. "Sociodemographic characteristics and HIV risk behaviour patterns of male sex workers in Madrid. Spain". *Aids Care*. Vol, 13. Nº 5, pp. 677-682.
- Browne, J; Minichiello, V. 1996. "Research direction in male sex work". *J homosex*. Vol, 31, nº 4, pp. 29-56. , E.g. im.
- Goffman. 2003. "Estima la identidad deteriorada". Buenos Aires: Aorrortu.
- Informe anual. 2006. El problema de la drogodependencia en Europa/ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- Koke, J, A., Bimbi, D.S, Parsons, J.T, (Et al). 2004. "The experience of Stigma in the lives of Male Internet Escorts". *Journal of Psychology & Human Sexuakity*, vol. 16 nº 1, pp. 13-32.
- Minichiello, V; Mariño, R; Browne, J. 2001. "Knowlwdge risk perceptions and condom usage in male sex workers from threee Australian cities". *Aids Care*, vol. 13, nº 3, pp. 387-402.
- Minichiello, V; Mariño, R; Browne, J. (et al). May 2000. "Commercial Sex Between Men: A prospective diary-based study". *The Journal of Sex Research*. Vol.37, nº 2, pp. 151-160.
- Minichiello, V; Mariño, R; Khan, M.A. August 2003. "Alcohol and drug use in Australian male sex workers: its relationship to the safety outcome of the sex encounter". *Aids Care*, vol. 15, nº 4, pp. 549-561.
- Osborne, R. 2004. "Trabajador@s del sexo: Derechos, migraciones y tráfico en el siglo XXI". Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Parsons, J.T; Koken, J.A; Bimbi, D.S. November 2004. "The use of the Internet by gay and bisexual male escorts: ex workes as sex educators". *Aids Care*, vol.16, nº.8, pp.1021-1035.
- Prevención del VIH y otras ITS en hombres que ejercen la prostitución. Elementos clave para el desarrollo de programas, 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Uy J.M; Parsons J.T; Bimbi, D.S; (et al). Spring 2004. "Gay and Bisexual Male Escorts who advertise on the Internet: Understanding Reasons of and Effects of Involvemnt e in Commercial Sex". *International Journal of Men´s Ealth*. Vol.3, nº.1, pp.11-26.
- Villaamil, F; Jociles, M; Lores, F. 2004. "La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)" Documentos técnicos de salud pública de la Comunidad de Madrid, nº. 100.
- Zaro, I; Peláez, M; Chacón, A; Rojas, D; Del Romero, J. 2007. "Trabajadores Masculinos del Sexo: Aproximación a la prostitución masculina en Madrid en 2006". Fundación Triángulo. 2007.





La atención sexológica con población inmigrante: distintos formatos, ¿distintos resultados?

Alberto del Egido Moreno

Sexólogo y psicólogo

Asociación de Planificación Familiar de Madrid

La atención sexológica con población inmigrante: distintos formatos, ¿distintos resultados?

En esta ponencia se pretende ofrecer herramientas para el trabajo con la población inmigrante desde el asesoramiento sexual. De este modo, dentro del asesoramiento analizamos tres posibles formatos de intervención: la atención personal, la atención telefónica y la atención on-line (consultas por Internet). Para ello estudiaremos los datos obtenidos en nuestras asesorías, pero antes presentaré brevemente la Asociación de Planificación Familiar de Madrid, entidad a la que represento.

Asociación de Planificación Familiar de Madrid (APFM)

La APFM es una asociación especializada en los Derechos Sexuales y Reproductivos. Pretende crear actitudes positivas que potencien conductas saludables libres de riesgos, y en concreto, que propicien la evitación de embarazos no planificados, o la transmisión de infecciones de transmisión genital y el VIH/SIDA. Desde el año 1991 y para alcanzar dichos objetivos se pone en marcha su Programa Joven, desarrollando las siguientes actividades: atención directa, presencial y telefónica en el Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad de Madrid (CJASM), así como en diversas Consultas Jóvenes Municipales, consulta online, y actividades educativas grupales.

Nuestros servicios de atención se caracterizan por estar dirigidos específicamente a gente joven. Son también anónimos, confidenciales e inmediatos.

Las actividades que realizamos son variadas: en el CJASM tenemos consulta online, dos líneas de atención telefónica, atención presencial en el Centro, y actividades educativas o talleres para grupos de jóvenes, alumnos universitarios, monitores, padres y madres, personal sanitario y profesorado, es decir, que intervenimos con el joven pero también tratamos de hacer llegar nuestra experiencia a todo su entorno. Así mismo, actuamos con servicios de atención personal y telefónica en diversos municipios de Madrid.

¿Qué hemos observado?

Realizamos un análisis según el tipo de formato utilizado para el asesoramiento sexual (pre-

102



sencial, on-line o telefónico), y partimos de las siguientes preguntas:

¿Las personas inmigrantes usan más unos formatos que otros? ¿Influye el sexo del o la inmigrante en el uso de estos recursos?.

En base a ello, alcanzamos las siguientes conclusiones:

- El **formato** más utilizado por la población inmigrante en el CJASM y en la Consulta Joven del Ayuntamiento de Parla es el **presencial** (20% y 23.1% de los usuarios, respectivamente).

Seguido de las consultas realizadas por **Internet** y en último lugar de las **consultas telefónicas**. A pesar de ello, sospechamos que no acceden todo lo que necesitarían debido a dificultades de orden socioeconómico: trabajadoras domésticas internas con horarios extensos de trabajo, dificultad en el acceso por cuidado de familiares, precariedad laboral... dificultades que para muchos autóctonos, sin duda, también pueden estar presentes.

- El **sexo** en las consultas es una variable de gran importancia, puesto que los usuarios vía on-line son en su mayoría chicas, así como los usuarios del formato presencial, pero en la atención telefónica el número de chicos que realiza consultas se eleva bastante.

- **Inmigración y juventud** son dos factores a tener muy en cuenta, ya que la población extranjera empadronada en la Comunidad de Madrid representa el 16.9%, y de éstos el 46% son menores de 30 años, es decir, nuestra población diana.

- Sin embargo el acceso a la consulta según el **origen de procedencia** no sigue una proporción lineal, de modo que la población latinoamericana acude a nuestros servicios con una frecuencia muchísimo mayor que la población que procede de otros continentes como Europa (del Este), Asia o África. Por tanto, consideramos importante priorizar la fidelización de las personas rumanas, búlgaras, polacas, marroquíes, guineanas, chinas, etc., porque sabemos que sus necesidades son las mismas (o mayores, si cabe) y no estamos seguros de que estén cubriéndolas con recursos fiables. Escapa a nuestro estudio si los factores que dificultan su acceso a las asesorías de sexualidad son idiomáticos, culturales o de otra índole, pero sí sabemos cuál es el canal de acceso por el que nos conocen estas personas: servicios sanitarios y el boca a boca (amigos, parejas, familiares, otros usuarios...), por lo que sería interesante tenerlo en cuenta a la hora de promocionar nuestros servicios dirigidos a inmigrantes de Europa del Este, Asia y África.

- Planteamos las **asesorías de sexualidad ubicadas en los Institutos** de Educación Secundaria como un formato que presenta posibles ventajas, por ejemplo:

- 1. Que la comunidad inmigrante se familiarice con este tipo de servicios desde una edad temprana.

- 2. Que hagan saber de la existencia de estos recursos a familiares no escolarizados (primos, hermanos...), y también a madres y padres, e incluso que les transmitan la información y las actitudes obtenidas.



- 3. Que facilite una beneficiosa coordinación de áreas de intervención profesional como son la educación y la sanidad.

- 4. Una cuestión sobre el sexo: observamos que diversos grupos de varones acuden con frecuencia a estas consultas, lo que supone un acercamiento a los chicos y la posibilidad de ganarnos su confianza para que las asesorías sexuales sean realmente asesorías para los sexos, y no sea sólo un sexo el que las utilice.

- Sabiendo la desproporción del uso de las consultas mujer-hombre y la necesidad de fidelizar a los chicos (recordemos: asesoría para los sexos), podemos encontrar pistas para tal objetivo en el motivo de consulta de los varones inmigrantes (que además acuden en menor proporción que los varones autóctonos según observamos en el CJASM y en la Consulta Joven del Ayuntamiento de Parla). Su gran inquietud tiene que ver con las infecciones de transmisión genital y el VIH/SIDA. Lo observamos en la cantidad de varones inmigrantes que han acudido a realizarse las pruebas rápidas del VIH al CJASM (39%) y en las consultas telefónicas realizadas (recordemos que es el formato que más utilizan). Ahora bien, no sabemos si es aplicable del mismo modo a hombres con diferente orientación sexual o del deseo (homosexuales y heterosexuales).

Cuando los varones de otras nacionalidades deciden llamar por teléfono una parte muy importante de los mismos conoce el recurso a través de Internet, por lo tanto una posibilidad interesante a tener en cuenta sería la de diseñar nuestras páginas web orientándolas también a la población masculina.

La prevención del VIH/SIDA y otras ITG (y embarazos no planificados o/y no deseados) puede abordarse desde lo positivo, es decir, resaltando que es importante disfrutar de una amatoria que nos permita mantener la menor proporción de preocupaciones posible, y para ello es importante cuidar diversos aspectos como la comunicación en la pareja, la forma de vivir la propia masculinidad, la manera de abordar las dificultades eróticas..., con lo que podríamos demostrarles que en las asesorías de sexualidad se puede hablar de muchas cosas (además de la prevención).

- Sin embargo y continuando con los motivos de consulta, observamos que las mujeres inmigrantes (y autóctonas) priorizan en menor medida las consultas sobre ITG y VIH.

Esto no significa que el tema no les interese, sino que en sus demandas prevalecen otros motivos de consulta, como pueden ser la información sobre el tratamiento postcoital, la gestación y las I.V.E., y los métodos anticonceptivos, quedando las consultas sobre ITG rozando un porcentaje del 5 % en la Consulta Joven de Parla, por poner un ejemplo. Pensamos que es importante trabajar esta información y las actitudes relacionadas aunque no sea su principal motivo de consulta.

- Observamos también escasas consultas por parte de ambos sexos sobre cuestiones más biográficas a nivel sexual y erótico (identidad sexual y orientación del deseo, masturbación, primeros encuentros eróticos, etc.). Sería interesante aprovechar las consultas de los usuarios de origen extranjero para demostrarles también que es un espacio muy apropiado para abordar estas otras cuestiones.



- 3. Que facilite una beneficiosa coordinación de áreas de intervención profesional como son la educación y la sanidad.

- 4. Una cuestión sobre el sexo: observamos que diversos grupos de varones acuden con frecuencia a estas consultas, lo que supone un acercamiento a los chicos y la posibilidad de ganarnos su confianza para que las asesorías sexuales sean realmente asesorías para los sexos, y no sea sólo un sexo el que las utilice.

- Sabiendo la desproporción del uso de las consultas mujer-hombre y la necesidad de fidelizar a los chicos (recordemos: asesoría para los sexos), podemos encontrar pistas para tal objetivo en el **motivo de consulta de los varones inmigrantes** (que además acuden en menor proporción que los varones autóctonos según observamos en el CJASM y en la Consulta Joven del Ayuntamiento de Parla). Su gran inquietud tiene que ver con las infecciones de transmisión genital y el VIH/SIDA. Lo observamos en la cantidad de varones inmigrantes que han acudido a realizarse las pruebas rápidas del VIH al CJASM (39%) y en las consultas telefónicas realizadas (recordemos que es el formato que más utilizan). Ahora bien, no sabemos si es aplicable del mismo modo a hombres con diferente orientación sexual o del deseo (homosexuales y heterosexuales).

Cuando los varones de otras nacionalidades deciden llamar por teléfono una parte muy importante de los mismos conoce el recurso a través de Internet, por lo tanto una posibilidad interesante a tener en cuenta sería la de diseñar nuestras páginas web orientándolas también a la población masculina.

La prevención del VIH/SIDA y otras ITG (y embarazos no planificados o/y no deseados) puede abordarse desde lo positivo, es decir, resaltando que es importante disfrutar de una amatoria que nos permita mantener la menor proporción de preocupaciones posible, y para ello es importante cuidar diversos aspectos como la comunicación en la pareja, la forma de vivir la propia masculinidad, la manera de abordar las dificultades eróticas..., con lo que podríamos demostrarles que en las asesorías de sexualidad se puede hablar de muchas cosas (además de la prevención).

- Sin embargo y continuando con los **motivos de consulta**, observamos que las mujeres inmigrantes (y autóctonas) priorizan en menor medida las consultas sobre ITG y VIH.

Esto no significa que el tema no les interese, sino que en sus demandas prevalecen otros motivos de consulta, como pueden ser la información sobre el tratamiento postcoital, la gestación y las I.V.E., y los métodos anticonceptivos, quedando las consultas sobre ITG rozando un porcentaje del 5 % en la Consulta Joven de Parla, por poner un ejemplo. Pensamos que es importante trabajar esta información y las actitudes relacionadas aunque no sea su principal motivo de consulta.

- Observamos también **escasas consultas** por parte de ambos sexos sobre **cuestiones más biográficas a nivel sexual y erótico** (identidad sexual y orientación del deseo, masturbación, primeros encuentros eróticos, etc.). Sería interesante aprovechar las consultas de los usuarios de origen extranjero para demostrarles también que es un espacio muy apropiado para abordar estas otras cuestiones.



- Para las mujeres extranjeras hispanohablantes el **formato on-line** (o consultas por Internet) supone una valiosa herramienta que les ayuda a desinhibirse realizando muchas más preguntas relacionadas con la manera de vivir su sexualidad, su erótica, sus dificultades en la materialización de los deseos, etc., así como preguntas con implicaciones legales que tal vez en consulta personal no se atrevan a realizar, como por ejemplo el uso de CYTOTEC para interrumpir el embarazo.

Deseamos que este pequeño estudio sobre el uso de nuestros servicios de asesoramiento sexual por parte de la población inmigrante sirva de ayuda para vuestro desempeño profesional.

Ojalá sea un instrumento más que ayude a conseguir que las personas que integran dicho sector social puedan vivirse, día a día, como hombres y como mujeres, de la forma más satisfactoria posible.





Sexortizando

...o Cómo ahuyentar sombras, tabúes y otros tópicos sexuales

Yolanda Ballota Cebrián

Educadora

Centro Alba

(Comisión Ciudadana Antisida De Aragón)

Sexortizando... o cómo ahuyentar sombras, tabúes y otros tópicos sexuales.

Breve historia de la Comisión Ciudadana Antisida y el Centro Alba

La Comisión Ciudadana Antisida tiene su origen hace más de veinte años, cuando se producen en España las primeras informaciones, valoraciones e interpretaciones no científicas del SIDA. La prevención, facilitando el acceso a las medidas preventivas, la reducción de daños, la promoción del autocuidado, la denuncia, la lucha contra la discriminación... fueron, y siguen siendo, fines de la asociación.

Empieza a trabajar en el año 1988 en el Espacio de Prevención situado en el número 53 de la calle Pignatelli, con acciones dirigidas a toda la población y fundamentalmente, en el intercambio de jeringuillas a población adicta por vía parenteral.

En el año 1994, se abre el Centro Alba – calle Boggiero, 71 – orientado a la atención de mujeres trabajadoras del sexo, por un lado, y al servicio comunitario del barrio, por otro lado, ofreciendo lavadoras, duchas y ropero a la población en general, entre la que se cuenta un amplio abanico multicultural.

Mujeres

Emigrantes con o sin papeles, residentes, nómadas... sonantes. Mujeres divergentes o convergentes, asonantes, consonantes...

Esencialmente iguales... en la diversidad

Las mujeres que se acercan al centro Alba, independientemente de su nacionalidad y de si tienen o no regularizada su situación en España, son tratadas de la misma manera. Intentamos respetar las peculiaridades de cada una sin hacer de las diferencias un obstáculo.

Aunque el idioma sea otro y puedan darse características antropológicas distintas, pensamos que en lo esencial no somos tan diferentes.

107



Creemos que saber mucho de los demás no siempre es mejor que conocer bien los propios límites, y a menudo nos planteamos qué necesitamos realmente saber de la sexualidad de las mujeres para fomentar su capacidad de autocuidado, para proporcionar herramientas preventivas e informar sobre anticoncepción. Para aprender con ellas a no prejuzgar las actitudes de otras mujeres que vivan su sexualidad por amor o por necesidad económica, por placer, libres o supeditadas, subordinadas, felices, llenas de culpa o escépticas del amor, desengañadas..., pero al final, o como principio, saberse sabias en cómo prevenir infecciones, en elegir a quién decir no, o saber cómo decir sí sin exponerse del todo. Decidir su maternidad como propósito y no inevitablemente, por accidente o presión masculina o social.

Sentirse (sentirnos) sabias para tejer conjuntamente modos y maneras de quitar obstáculos.

Aprendiendo a mirar y escuchar a unas y otras, salvando las distancias

La gente es como es. A veces, al intentar definir, valorar o nombrar las cosas, nos distanciamos de la realidad bloqueando el entendimiento.

Si aceptamos nuestras limitaciones e intentamos hacer lo mejor posible aquello que está en nuestras manos, creando un clima de confianza sin exigencias ni condiciones, las personas que nos visitan se sentirán profundamente comprendidas y serán capaces de expresarse libremente.

Cuando nos dejamos llevar por el afán de clasificar y cuantificar, perdemos la fuerza que se necesita para intervenir en la relación de ayuda.

Por eso, intentamos seguir aprendiendo a escuchar con los ojos y las manos abiertas, librándonos en lo posible de prejuicios, para facilitar nuevas vías de comunicación.

Emprendiendo un viaje interior que abra nuevas vías de comunicación

Las personas que se acercan a nuestro centro nos traen inquietudes que no son tan distintas a las nuestras. Reconociéndonos en ellas, iniciamos caminos de reflexión que nos enriquecen.

Aunando la lógica y la intuición creativa, tal vez seremos capaces de encontrar nuevos métodos, plantear preguntas nuevas y desarrollar respuestas innovadoras e inesperadas...

En nuestro día a día, consideramos a las personas desde un enfoque global, donde la salud depende de una serie de aspectos físicos, psicológicos y sociales interdependientes, y la enfermedad puede equilibrarse con una actitud positiva y con el apoyo de la sociedad.

Pensamos que cada persona es única y valoramos tanto lo subjetivo como lo objetivo a la hora de trabajar e interactuar.



Intentamos que nuestro centro sea un lugar abierto donde sentirse a gusto, a veces protegiéndose del frío, a veces del calor o de la soledad, y de la incertidumbre por la que nos lleva el río de la vida. Y para cerrar el círculo y dar paso a la pausa, el silencio y la reflexión, unas palabras que pueden dar una idea de lo que siento que es el Centro Alba: En el Centro Alba, las luces y las sombras danzan entrelazadas como bailando un tango.

Los silencios se mezclan con las palabras y el tiempo, a veces, se detiene. Otras, sin embargo, nos arrolla y envuelve en vorágine desenfrenada. Emociones que fluyen entre lágrimas y balbuceos; entre risas y sueños...

A veces, al mirar, puedes encontrar miradas perdidas o miradas profundas. Miradas que se abren como ventanas a mundos insospechados; a mundos deliciosos o abismales... misterios insondables.

Navegar por sus días es una experiencia única, irrepetible, aunque también duela a ratos. Las que saben mirar con mirada de luna -mirada ultrasolar- descubrirán que hay días en los que el aura de las personas que ya no están y las que siguen aquí, se unen formando un arco iris de liberación y tienden puentes que ayudan a cruzar las grandes aguas...

ABRAZIVUELOS





La sexualidad en la comunidad turca

Ceren Gergeroglu de Torres Huerta
Técnica de proyectos
ONG ACPP

Cultura y tradición turca

La cultura en Turquía tiene sus raíces en el período del Imperio Otomano, que abandonó en el año 1923 con la constitución de la República de Turquía y la occidentalización de la cultura y las costumbres a través de las transformaciones promovidas por Kemal Atatürk.

Esta occidentalización de la sociedad es más obvia en las grandes ciudades como la capital Ankara y Estambul. Aparentemente hay un notable proceso de cambio de mentalidad en los últimos 10 años, especialmente sobre el tema de sexualidad, con los movimientos de las mujeres y también de los homosexuales, las dos comunidades más vulnerables.

La mayoría de la población es musulmana y la cultura está muy influenciada por la religión. Al mismo tiempo, la mayor parte de la población se considera a sí misma europea. La inmigración de la población turca hacia Europa ha favorecido la llegada de una gran influencia Europea a la sociedad turca.

En resumen, Turquía es un país especial, un país laico, democrático desde el año 1923. Para entenderlo mejor se puede dar el ejemplo del “aborto”. En Turquía el aborto es libre y el proceso es mucho más fácil que en cualquier otro país occidental.

La cultura de Turquía es una mezcla de cultura islámica y cultura occidental. Esto no es nuevo para nosotros. En Turquía vivimos en una sociedad occidental con una mentalidad de cultura conservadora.

Hay 3 palabras claves para entender la mentalidad:

- **Ayip**: vergüenza, pudor
- **Ahlak**: moralidad
- **Namus**: honor

Estas tres palabras están presentes en la vida de toda la población turca desde su infancia.

“**Ayip**” viene con la educación familiar e incluye todos los comportamientos de la vida cotidiana.

Desde la manera de vestir, hasta el control del vestido. No tiene límite de edad. La educación de la vergüenza puede empezar con 2 años en la familia. En general la madre es la persona encargada de dar esta educación.

110



“Ahlak” empieza a ser el protagonista con la enseñanza de la religión en los centros educativos.

“Namus” es la palabra clave para entender sucesos como los “crímenes de honor”. Las operaciones de “bordadas” (reconstrucción del himen) siguen creciendo en varias comunidades.

El matrimonio es la puerta para las primeras experiencias sexuales de las mujeres y las “sábanas manchadas” de sangre en la noche de bodas son la prueba del honor de la familia (del que el padre y/o el hermano mayor es el dueño), al ser la prueba de que la mujer ha llegado virgen al matrimonio.

Estas tres palabras en muchos casos transmiten la gran presión cultural que existe y que crea varios problemas en la vida y salud sexual de las parejas. El “vaginismo” es un problema común en las comunidades debido al sentimiento de culpa o vergüenza de la mujer. Por estas mismas razones de “vergüenza” y de “honor” hay muy poca gente que consulta a un profesional para solucionar sus problemas.

¿Cómo vive y piensa sobre la sexualidad la población turca?

Se vive “CONTRA LA PARED”. Como un choque fuerte. La sexualidad es un “tabú” en la comunidad.

No hay una educación establecida sobre salud sexual en los centros educativos. El 70% de la población tiene problemas de sexualidad y sólo un 10% de estas personas va al médico para una consulta profesional.

La realidad de la vida cotidiana es la discriminación de una mujer que quiere vivir la sexualidad, y que si lo hace libremente, es considerada inmoral. Se llega a excluir al sexo de la vida. Un dato interesante sobre la realidad es que se considera que “una mujer sin educación no tiene problemas de sexualidad, porque acepta todo, porque no sabe lo que es”.

Programas que se están desarrollando sobre sexualidad en Turquía

Hay varios programas e iniciativas en Turquía con varios proyectos y objetivos para llegar a la población sobre sexualidad y salud sexual. Algunos de ellos son los siguientes:

- Asociación de los Derechos Humanos de las Mujeres (1993).
- FNUAP, Fondo de las Naciones Unidas para la Población de Turquía.
- Plataforma de las Mujeres: el slogan de su proyecto para el día 8 de Marzo de este año explica muy bien el problema de las mujeres -como una población especialmente vulnerable-: “Nuestros cuerpos y nuestra sexualidad nos pertenecen”.



- Lápiz Azul (Asoc. De Mujeres).
- Asamblea de las Mujeres Turcas con su proyecto: “Los Ángeles de la Salud”.
- Asociación de Voluntarias de la Comunidad: trabajan en varios barrios de las grandes ciudades temas sobre la salud sexual.
- Asociación Hispano Turca: nace en el año 2008 en Madrid. En este poco tiempo uno de los proyectos que están desarrollando es sobre “La violencia y la mujer”.

¿Qué pasa en Europa? ¿Cómo vive en Europa la población turca? ¿Cómo viven la sexualidad en Europa?

Comentar que en España, la “comunidad” turca se compone de unas 5.000 personas.

En esta parte, para tratar de explicar cómo vive la sexualidad en Europa la población turca, me gustaría hacer referencia a diferentes obras (literarias y cinematográficas). Una de ellas es un libro de Rajneesh Chandra Mohan Jain, conocido como Osho, que fue un maestro espiritual hindú. En “Amor, Libertad, Soledad”, del 2001, intenta responder a las siguientes preguntas:

¿Por qué en la cultura occidental las relaciones son bastante diferentes que en el este? ¿Por qué en el oeste hay muchos cambios de pareja y en el este hay una obsesión por estar con una única pareja?

Osho explica la cultura del oeste con estas palabras clave: libertad de egos, independencia. Al mismo tiempo utiliza las siguientes palabras clave para la cultura del este: confianza, comodidad y moralidad.

También me gustaría ofrecer como referencia la película “Contra la Pared”, del año 2004, y del director Fatih Akin, un cineasta turco nacido en Alemania. Gegen die Wand (Contra la pared), es la historia de una joven ansiosa de libertad en su vida y su sexualidad que se independiza de su conservadora familia turca, contrayendo un matrimonio de conveniencia para poder disfrutar de libertad. Así la película habla sobre los posibles efectos de la cultura conservadora en la vida cotidiana de una mujer turca en Europa, y su búsqueda de soluciones.

Para terminar, me gustaría ofrecer un extracto del libro “Bordados”, de Marjane Satrapi, mujer iraní afincada en Francia y creadora de varias novelas gráficas:

“¿Y por qué somos las mujeres las que debemos permanecer vírgenes? ¿Por qué hay que sufrir ese martirio para satisfacer a un gilipollas? ¡Porque el hombre que le exige la virginidad a una mujer no es nada más que un gilipollas! ¿Por qué no hacemos como las occidentales?. Ellas, como no tienen problemas de este tipo pueden pensar en otras cosas. ¡Y por eso pro-



gresan!”.

Referencias bibliográficas

Satrapi, Marjane. (2005). “Bordados”, Norma editorial. Barcelona.

Osho (Rajneesh Chandra Mohan Jain). (2009). “Amor, Libertad, Soledad”. Gaia editorial. Madrid.

Akin, Fatih (director). (2004). Película: “Gegen die Wand” (Contra la Pared). Coproducción Alemania-Turquía.



Edición: UNAF (Unión de Asociaciones Familiares)

Financiación: Ministerio de Trabajo e Inmigración

Autores (por orden de aparición en esta publicación):

Carlos de la Cruz, Ana Belén Carmona, María Victoria Ramírez, Alfonso Antona, María Luisa Grande, Gissela Pizarro, Silberio Sáez, Abdelouahed Amal Amane, Ana Lobera, Helena Amigo, María Pilar Orgilés, Lurdes Orellana, Ana Bellocchio, Iván Zaro, Alberto del Egidio Moreno, Yolanda Ballota, Ceren Gergeroglu.

Coordinación de contenidos:

Carlos de la Cruz

María Victoria Ramírez

Ana Belén Carmona

Ilustraciones y diseño:

Ana Belén Carmona Rubio abcarmona@lasexologia.com



UNAF

TELÉFONOS: 91 446 31 62 / 91 446 31 50

unaf@unaf.org

www.unaf.org

Unión de Asociaciones Familiares

C/ Alberto Aguilera, 3 - 1º izq.

28015 Madrid

