



## Aproximación a los comportamientos sexuales y reproductivos de la juventud inmigrante basados en su cultura de procedencia.

### Aportaciones del *grupo de trabajo*

Hasta el momento, no se dispone de informaciones globales y fidedignas sobre los comportamientos sexuales, el uso de métodos anticonceptivos, la incidencia de infecciones de transmisión sexual o los casos de violencia sexual entre la población joven inmigrante asentada en España por lo que cualquier valoración al respecto debe basarse en datos indirectos y parciales, cuantitativos y cualitativos.

La ausencia de análisis específicos obliga a hacer una aproximación a las características comportamentales y a las demandas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de la juventud inmigrante a través de muy diversas vías.

### 2.1. Fuentes de información

1. Estudios y experiencias desarrolladas en nuestro país acerca de la salud sexual y reproductiva de la población inmigrante en general, especialmente de las mujeres, tratando de resaltar los puntos comunes entre la población adulta y la juventud inmigrante.
2. Experiencias puntuales, por ello necesariamente parciales, llevadas a cabo por profesionales sanitarios, educadores y mediadores sociales directamente relacionados con la juventud inmigrante consultados a lo largo del desarrollo del presente proyecto que, en su trabajo cotidiano, han adquirido conocimientos acerca de sus comportamientos sexuales y de sus necesidades de atención.
3. Las aportaciones procedentes de países europeos con larga tradición de acogimiento de inmigrantes de segunda y tercera generación, con especial atención a sus estrategias de prevención del embarazo adolescente y juvenil.
4. Las valoraciones y conclusiones surgidas de dos reuniones realizadas con diversos expertos, representantes institucionales y miembros de Asociaciones y ONG vinculados a inmigración, sexualidad y juventud, denominados en este contexto *grupo de trabajo*.
5. La investigación cualitativa, también llamada *estructural*, que adentrándose en la búsqueda de las representaciones sociales que se expresan a través de lo que dicen las personas objeto de investigación, supone una magnífica herramienta para conocer las claves más profundas del comportamiento, en este caso de una parte de la juventud inmigrante.

De acuerdo a estas fuentes de información, de manera general se puede concluir que en todo proceso migratorio hay que tener en cuenta una serie de elementos condicionantes que a su vez influyen también en los comportamientos sexuales y reproductivos.

El primer elemento es que, por lo general, la población inmigrante vive de forma diferente el proceso de salud y enfermedad, manteniendo comportamientos y estilos de vida en muchos aspectos bien diferenciados de los de la población autóctona, lo que dificulta el proceso de acercamiento a su realidad vital y a sus necesidades.

Algunos estudios, como los llevados a cabo por la Escuela Nacional de Sanidad, recogen una serie de elementos comunes al proceso migratorio, que también influyen en los y las jóvenes que emigran inducidos por sus padres o por sus familiares más cercanos. Estos son:

- Situación económica (recursos, condiciones de vida, ahorro para el soporte de la familia de origen)
- Nivel de formación (idioma, nivel de estudios, posibilidades de formación)
- Contexto social de partida (desplazamiento, adaptación, familia, pérdida de amigos/as)
- Contexto social en el país de acogida (xenofobia, discriminación, familia, redes sociales)
- Situación legal (ley de extranjería, itinerario burocrático)
- Posición de género (relaciones entre hombres y mujeres, papel dentro de la familia)
- Factores biológicos (diferente inmunidad, factores hereditarios)
- Estilos de vida (hábitos alimentarios, higiénicos, tóxicos y sexuales)
- Barreras de acceso a los servicios de salud (por razones individuales y por el funcionamiento del sistema sanitario)

Entre otros estudios y experiencias desarrolladas por instituciones y ONG concernientes a la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes -adultas- cabe destacar las llevadas a cabo por la Federación de Planificación Familiar que en los últimos años ha realizado diversas investigaciones cualitativas, especialmente con estas mujeres y con los profesionales sanitarios que atienden sus demandas. También ha desarrollado actividades asistenciales en sexualidad y anticoncepción a mujeres inmigrantes de Madrid en horario de fin de semana.

En el terreno juvenil, esta ONG, especializada en salud sexual y reproductiva, cuenta con larga experiencia de atención a jóvenes en el contexto de la labor educativa, preventiva y asistencial que, de manera regular y continuada, realiza en sus centros de atención a la sexualidad juvenil (Centros Jóvenes de Anticoncepción y Sexualidad, CJAS). A lo largo de sus años de funcionamiento han atendido las demandas realizadas por un relevante número de jóvenes inmigrantes, especialmente en Madrid y en Barcelona.

Estas experiencias avalan que la población inmigrante en general, y la juventud inmigrante en particular, necesita disponer de información y servicios adaptados a sus necesidades basadas en su cultura de origen.

La juventud inmigrante se enfrenta tanto a problemas similares a los que tienen la mayoría de la población adulta que se ve obligada a emigrar como a los propios de su edad, comunes por ello a la juventud no inmigrante.

De manera general, sobre la juventud inmigrante se puede afirmar que:

- Por encontrarse en un proceso de maduración, seguramente tienen más dificultades para adaptarse a los cambios entre el mundo del que vienen y el mundo al que llegan, que les impone un bagaje bi-cultural que ni ellos mismos ni la sociedad manejan adecuadamente.
- Constantemente reciben mensajes contradictorios: por un lado contrarios a ciertos elementos de su cultura de origen, definidos como *anticuados* y por otro, en el entorno familiar, contrarios a las formas de vida de nuestro país, calificadas en muchas ocasiones de *inmorales*.

## 2.2. La experiencia en países europeos con larga tradición de acogida de inmigrantes de segunda y tercera generación

Una gran parte de países europeos, especialmente del centro y norte de Europa, han sido tradicionalmente receptores de personas inmigrantes por motivos económicos, lo que ha traído con-

sigo el establecimiento de marcos legislativos y normativos específicos con el objetivo de equiparar los derechos ciudadanos.

Sin contar el marco internacional *supra* europeo, que ya recoge medidas legales relativas a la salud sexual y reproductiva de la población inmigrante y de las minorías étnicas, a nivel estrictamente europeo habría que tener en cuenta diversos acuerdos, establecidos en los últimos años, para favorecer la integración, promover la igualdad y la *no discriminación* y garantizar los derechos de la población inmigrada, establecidas en los últimos años.

### Marco legal europeo

- El Consejo Europeo (2003) confirmó la política Nacional *Contact Points on Integration (NCPs)* e invitó a la Comisión Europea a presentar un Informe Anual sobre Migraciones e Integración.
- En noviembre de 2004, se publicó la primera edición de un *Handbook on integration for policymakers and practitioners*. De esta iniciativa interesa destacar algunos de sus contenidos:
  - *Integración* implica respeto a los valores de la Unión Europea y, por tanto, de sus países miembros.
  - Los esfuerzos en educación son básicos para preparar a los inmigrantes, y en particular a sus descendientes, a participar más activamente en la sociedad.
  - Aún cuando la diversidad cultural, religiosa y de conciencia debe ser salvaguardada, ciertas prácticas basadas en la tradición que atentan contra derechos humanos fundamentales o ciertas leyes europeas, no deben ser permitidas.
  - La participación de las personas inmigrantes en el proceso democrático y en la formulación de políticas, especialmente a nivel local, favorece su integración.
- La Comisión Europea tiene establecidas diversas estrategias encaminadas a reforzar los derechos sexuales y reproductivos de la juventud inmigrante y, dentro de ella, de los grupos étnicos minoritarios. Entre ellas cabe citar:
  - Matrimonios forzosos: Iniciativa *Daphne* y medidas encaminadas a mejorar las condiciones durante la reunificación de familias.
  - Mutilación Genital Femenina y otras formas de violencia contra las mujeres y las niñas: Programa *Daphne* y políticas europeas sobre explotación de niños/as.
  - Conjunto de Acciones de los Estados miembro contra *Prácticas Tradicionales Perjudiciales* (Bruselas, 2006).
- El Consejo de Europa ha desarrollado, en los últimos años, diversas e importantes resoluciones e iniciativas legislativas encaminadas a prevenir las ITS y el SIDA y a luchar contra la violencia sexual ejercida sobre niños/as y jóvenes, con especial atención a los matrimonios forzosos, la mutilación genital y los llamados crímenes de honor, realizados en el contexto familiar.

Además de este indispensable marco legal, multitud de iniciativas y estrategias de corte internacional orientan el trabajo con niños/as, adolescentes y jóvenes, independientemente de su origen geográfico.

Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece unas guías estratégicas para los más jóvenes basadas en:

- Valorar su desarrollo de una manera integral y continua, tomando en cuenta el curso de la vida desde sus inicios (vida prenatal y nacimiento) hasta la adolescencia.
- Preservar los principios de equidad, desarrollando medidas explícitas para los más desaventajados.
- Promover la acción intersectorial en el desarrollo de políticas y estrategias dirigidas a estos colectivos.
- Garantizar la participación de la gente joven en el diseño e implementación de estrategias relacionadas con ellos.

En referencia específica al campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la juventud inmigrante, la *International Planned Parenthood Federation (IPPF)*, ha sido pionera en revisar experiencias y proponer líneas de trabajo.

El concepto de *segunda y tercera generación de migrantes* se refiere a la gente joven, de origen inmigrante, con ciudadanía europea. En muchos casos, además de su origen inmigrante, forman parte de minorías étnicas. Ellos y ellas tienen los mismos derechos humanos y civiles que sus *pares*, aunque se reconoce que, con frecuencia, son marginados desde el punto de vista de los derechos sexuales.

IPPF, European Network, 2005

Las Asociaciones de Planificación Familiar de países como Francia, Alemania y Bélgica tienen larga experiencia de intervención con juventud inmigrante en el campo de la sexualidad y la prevención. No obstante, por los países de procedencia, las y los jóvenes acogidos en esos países son, en una gran proporción, de nacionalidad muy distinta a la de la juventud que, en los últimos años, está entrando masivamente en nuestro país.

De hecho, inicialmente estos países europeos con mayor riqueza, recibieron un alto número de inmigrantes procedentes de países cercanos más empobrecidos como Grecia, Italia, Portugal, y precisamente España, por poner algún ejemplo, lo que les obligó a diseñar políticas relacionadas con la sexualidad juvenil y sus riesgos.

Alemania con, al menos, 30 años de experiencia en la acogida de inmigrantes, en la actualidad cuenta con más de 7 millones, de los que el 26 por ciento son de origen turco. Ya en 1978 se publicó el primer folleto sobre planificación familiar en distintas lenguas: turco, serbo-croata y español, entre otros.

Francia, Bélgica y Suiza han acogido tradicionalmente a inmigrantes procedentes del norte de África, sin olvidar que, junto con Inglaterra y Holanda, estos países han tenido que desarrollar estrategias de trabajo en estas áreas para la juventud, se podría decir inmigrada, de sus antiguas colonias.

Ello explica que, en conjunto, cuando se mira a Europa la nacionalidad de origen de la población inmigrante es muy variada, encontrándose sobre todo referencias a las actitudes y comportamientos sexuales de los colectivos magrebíes –especialmente marroquíes–, turcos, hindúes, etc.

Una experiencia más común y coincidente en el tiempo es el acogimiento de inmigrantes procedentes de los países del Este europeo, proceso casi coetáneo en gran partes de los países europeos con mayor renta *per cápita*, incluida España.

Los movimientos migratorios generados en los países del Este europeo, al ser relativamente recientes y al enmarcarse, en parte, en situaciones de conflictos bélicos de difícil evaluación, no han sido aún suficientemente analizados, especialmente desde la perspectiva de su juventud.

Todo parece indicar que en el conjunto de Centro-Europa, los mayores flujos se han producido a partir de las poblaciones de los países de la antigua Yugoslavia, de Albania y de Rumanía, mientras que a España están accediendo especialmente desde países como Rumanía y Bulgaria.

## Lecciones y retos

- Se cuenta con la ventaja de que la segunda y tercera generación de inmigrantes se comunican con mayor facilidad en la lengua del país de adopción, lo que supone un menor obstáculo para trabajar con ellos.
- La juventud de origen inmigrante se somete a la voluntad de los padres en mayor medida que la juventud de los países de acogida. Ello se traduce en una menor autonomía para tomar decisiones en sexualidad. Según un estudio holandés, la juventud de origen hindú, seguida de la marroquí y la turca, son sustancialmente más reacios a ir en contra de las decisiones de sus padres que la juventud de origen holandés.
- Una gran parte de la juventud inmigrante tiene una actitud negativa frente a la homosexualidad, con ciertas diferencias según el origen. Un estudio de la Universidad de Antwerp de Bélgica ponía de manifiesto que los varones jóvenes marroquíes tienden a distinguir entre

identidad y comportamiento homosexual. Lo primero es inaceptable para ellos, mientras que lo segundo, aún siendo prohibido, es practicado siendo relativamente aceptable siempre que se actúe como sujeto *activo*.

- La actividad sexual prematrimonial no es aceptada en muchas culturas, especialmente entre la juventud procedente de Marruecos, Turquía e India. Por la misma razón valoran la *virginidad*, especialmente de las mujeres, ya que en los varones se acepta tener relaciones sexuales diversas y al mismo tiempo.
- Esto anterior debe tomarse en consideración a la hora de abordar la aceptabilidad de los métodos anticonceptivos. Según el contexto, el desconocimiento sobre anticoncepción y su infrautilización se puede relacionar con que el uso de anticoncepción está en contradicción con el esquema "no sexo antes del matrimonio".

### Estudios y experiencias

- Un estudio llevado a cabo en Bélgica mostraba los diferentes tipos de matrimonio entre la juventud de origen marroquí o turco:
  - El matrimonio forzado se estima alrededor del 5 %.
  - Matrimonios *importados*. La búsqueda de la pareja se hace en el país de origen, siendo introducidos los o las candidatos/as a través de fotos.
  - Matrimonios pactados, con libre elección de la pareja. Ello significa que la familia, especialmente los padres, *ayudan* al hijo/a a buscar pareja, aunque finalmente les autorizan a decidir en un sentido positivo o negativo.
- En Francia se ha trabajado intensamente sobre la mutilación genital femenina (MGF), encontrándose que, en ocasiones, es un verdadero trauma para las jóvenes tomar conciencia de su situación, no reconocida previamente.
- En Inglaterra, se están llevando a cabo programas de entrenamiento a padres y madres para hablar de sexualidad con sus hijos e hijas. Han desarrollado dos tipos de estrategias: incluir en las sesiones, de manera mezclada, tanto padres inmigrante como no inmigrantes y realizar sesiones solo con padres de origen inmigrante.
- Alemania ha sido pionera en la publicación de diversos materiales de educación sexual y anticoncepción (folletos, juegos, audio-visuales) en múltiples lenguas (hasta 13 en el caso de información anticonceptiva y hasta 29 lenguas en lo relativo a la infección por VIH/SIDA).
- Varias experiencias hablan sobre los positivos resultados de disponer de líneas telefónicas de información sexual, incluyendo anticoncepción, *píldora del día después*, ITS... para jóvenes, usando respuestas automatizadas en diversas lenguas, a lo largo de las 24 horas del día.
- El anonimato que confiere el uso de las nuevas tecnologías informáticas, especialmente Internet, con su opción de *consulta on-line*, facilita el acceso de muchos jóvenes, especialmente varones, a la información sexual.

### Estrategias de intervención

Sorprende que la mayor parte de las experiencias, excluidas las que tienen que ver con la población procedente del Este europeo, no hagan especial hincapié en la prevención de embarazos tempranos. Ello es debido, probablemente, a que en determinadas culturas, sobre todo las de mayor influencia de la religión musulmana, éstos no constituyen el principal problema de salud pública por las importantes restricciones a que se enfrentan las prácticas sexuales en comparación con lo que sucede en los países de acogida. Es por ello que una gran parte de las estrategias se enfocan a mejorar la educación sexual, a la prevención de las ITS, con especial atención al VIH/SIDA, y a controlar diversas formas de violencia y explotación sexual, como los matrimonios forzados, la mutilación genital y el tráfico de jóvenes y mujeres con fines sexuales.

La IPPF, partiendo de las diversas experiencias nacionales, ha establecido diversas directrices:

#### Respecto a los **servicios**

- Los profesionales de la salud requieren una formación específica, incluyendo técnicas de consejo, para trabajar estas materias con la juventud. Deben conocer el medio y las presiones en las que se desenvuelven estos jóvenes y tener habilidades especiales para ayudarles a enfrentarse a ellas.
- Por la afinidad entre una gran parte de las necesidades de atención que tienen la juventud inmigrante y la autóctona, ambas se beneficiarían de la existencia de centros específicos de atención a la sexualidad juvenil, gratuitos, accesibles y atendidos por personal entrenado.
- Cada país debería analizar la conveniencia de crear servicios especiales para atender problemáticas ginecológicas relacionadas con determinadas prácticas perjudiciales, como es el caso de las alteraciones producidas por secuelas de la mutilación genital femenina o la reparación del himen una vez perforado.

#### Respecto a **ITS/SIDA**

- La primera directriz es que sería un error hacer una relación directa entre migración y VIH/SIDA ya que ello incrementa su estigmatización y, por ende, provoca el efecto contrario al que se desea, obstaculizando su prevención.
- Muchos estudios y experiencias confirman la mayor exposición a ITS/SIDA por parte de las mujeres, también jóvenes, en base a determinados comportamientos masculinos. Así, por ejemplo, los varones jóvenes musulmanes tienden a relacionarse sexualmente con diversas mujeres, sin protección, antes de casarse, lo que condiciona un alto riesgo de transmisión heterosexual, especialmente a sus jóvenes esposas, una vez han contraído matrimonio. Por ello es fundamental diseñar estrategias que tengan en cuenta la perspectiva de género.
- Entre la juventud musulmana, es frecuente encontrar mujeres jóvenes que aceptan tener sexo anal, sin protección, para preservar la virginidad. Esta práctica incrementa, por motivos biológicos, el riesgo de contraer una ITS/SIDA. Por ello, se debe incidir en los riesgos derivados no de la sexualidad en general, sino de las prácticas más arriesgadas, haciendo mención explícita a todas las vías de penetración.

#### Respecto al **aborto**

- En diversos países se ha comprobado que un elevado porcentaje de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) corresponde a jóvenes inmigrantes. Por poner algún ejemplo, en Italia y Alemania, se calcula que aproximadamente un tercio de todos los abortos se producen en inmigrantes. Ello condiciona el establecimiento de políticas específicas para prevenir el embarazo no deseado en estos grupos, incorporando protocolos a lo largo del proceso, con especial atención a los cuidados post-aborto.
- Con excepción de la juventud procedente de los países del Este europeo, se sabe que la juventud de origen magrebí y turca considera en una gran proporción que nunca debería someterse a un aborto. El contraste de culturas, manifestado especialmente en el contexto educativo —en las aulas— pone de manifiesto la necesidad de tratar los temas de aborto con especial delicadeza y respeto pero sin perder de vista el marco legal del país de acogida y sin ceder a las presiones políticas de las distintas religiones dominantes.
- Se ha comprobado que en muchos países centro y sudamericanos el uso del fármaco *miso-prostol*, análogo sintético de una prostaglandina, con fines abortivos es ampliamente aceptado. Dado que es un producto de fácil auto-administración, se puede prever un incremento de su uso entre la juventud inmigrantes de esa procedencia. Por ello, la IPPF insta a que cada país evalúe el posible impacto para la salud de esta práctica y establezca medidas de actuación específicas para evitar los riesgos derivados de su uso indiscriminado o ilegal.

Tras esta revisión, cabe hacer mención a algunos vacíos informativos: escasea, cuándo no está totalmente ausente, información relativa a la juventud de origen chino, numéricamente importante pero sobre la que parece existir un gran desconocimiento, probablemente por sus diferentes comportamientos y estilos de vida.

Otra limitación en el entorno europeo, relevante para nuestro medio, es la escasa información referida a la juventud de origen latinoamericano. La afluencia de inmigración del continente americano hacia Europa ha sido minoritaria y solo se ha hecho realidad en la última década, especialmente a España, país elegido como de adopción, probablemente en relación con los beneficios del idioma. Este hecho, supone un enorme reto social para nuestro país que, sin conocimientos previos y sin posibilidades de aprender de la experiencia de otros, debe abordar, tal como se propone desde este propio proyecto, políticas y estrategias eficaces para mejorar las condiciones de vida y la salud sexual de estos jóvenes.

### 2.3. Mitos y creencias más comunes sobre la juventud inmigrante

Cualquier idea falsa o estereotipada sobre una determinada población socialmente vulnerable, tiene efectos perjudiciales tanto para la sociedad en general como para esos sectores especialmente desfavorecidos que buscan mecanismos de defensa, a veces, desproporcionados.

Una de las creencias que tiene efectos más devastadores para la convivencia social es confundir determinadas actitudes y comportamientos debidos al contexto (pobreza, desplazamiento, desarraigo, desestructuración familiar, etc.) con formas de ser *innatas*, intrínsecamente relacionadas con el hecho, coyuntural, de ser —como por ejemplo en el caso que nos ocupa— inmigrante.

La sociedad en general y los profesionales sanitarios y educativos en particular, suelen valerse de muchos estereotipos cuando se refieren a la población inmigrante. El fuerte contraste de culturas y los desajustes estructurales y de convivencia propios del largo proceso de integración de colectivos tan diferentes genera, con frecuencia, diversas formas de rechazo social ante esta nueva situación, que también se materializa en actitudes negativas ante la juventud inmigrante.

Dado que en el apartado anterior, se ha hecho más referencia a las actitudes y pautas de conducta de la juventud inmigrante perteneciente a culturas bien diferenciadas de la nuestra, este apartado va a centrarse más en los mitos y creencias que la propia sociedad española, y también su juventud, está creando frente a la juventud de origen inmigrante que en mayor proporción reside en España.

Algunas ideas, verdaderas o falsas, comúnmente esgrimidas cuando nos referimos a ella son:

#### Sobre su educación sexual y sus comportamientos

- Tienen menor educación sexual que sus pares españoles y no son receptivos a recibir información ni educación sexual.
- La educación sexual está ausente en el entorno familiar debido a mitos y tabúes.
- Están más expuestos a las infecciones de transmisión sexual y especialmente a la infección por VIH/SIDA.
- La influencia de sus religiones obstaculiza el acceso a la educación sexual.
- La juventud latinoamericana tiene más facilidad para mantener relaciones sexuales, tempranas y de riesgo, que la juventud española.
- Menor capacidad de negociación de *sexo seguro* por parte de las chicas.
- Más aceptación de la violencia machista.
- Buscan un embarazo temprano porque esa situación conlleva determinados beneficios sociales.
- Disponen de información distorsionada proveniente de su entorno de amistad a través del *boca a boca*.
- La homosexualidad es muy infrecuente, incluso inexistente, entre la juventud de origen inmigrante.

#### Sobre las preferencias anticonceptivas

- Escasos conocimientos sobre los diferentes métodos que suelen, además, confundir.
- Rechazo generalizado al uso de preservativo e incapacidad de las jóvenes para defenderlo antes sus parejas.

- No les gustan los anticonceptivos orales —la *píldora*— siendo además malas cumplidoras en su uso.
- Predisposición a utilizar, y a abusar, de la *píldora del día después*.
- Prefieren usar inyectables por su comodidad y porque están familiarizadas con ellos, ya que están disponibles también en sus países de origen.
- Si se les ofrece anticonceptivos gratuitos (preservativos y *píldora del día después* por ejemplo) pueden comerciar con ellos.

También es común:

- Tender a las generalizaciones, interpretando que todos los inmigrantes se comportan de una misma manera.
- Considerar que toda la juventud latinoamericana, por la proximidad de sus países, tienen las mismas actitudes y necesidades.
- Infravalorar las dificultades de entendimiento con poblaciones inmigrantes de habla hispana, olvidando el diferente significado e interpretación de palabras similares.
- Catalogar a la población inmigrante de *muy informal* en su acercamiento al sistema sanitario, con mayor utilización injustificada de los servicios de urgencia, incumplimiento de citas, etc.
- Creer que la población inmigrante tiene comportamientos sexuales más liberales que la población española en lo referente a la sexualidad, la formación de pareja o el aborto.
- Suponer que la población inmigrante puede generar infecciones de transmisión sexual nuevas o de baja incidencia, hasta ahora, entre la población española.

## 2.4. Aportaciones del grupo de trabajo

En el desarrollo del presente proyecto, se consideró indispensable contar con las opiniones, valoraciones y propuestas de los sectores vinculados a juventud, inmigración y salud sexual y reproductiva, así como de la propia juventud inmigrante.

Para ello se creó un grupo —coordinado por el INJUVE— y denominado al efecto como *grupo de trabajo*, con el doble objetivo de compartir puntos de vista sobre las actitudes y comportamientos sexuales de estos jóvenes y de consensuar propuestas para promover una sexualidad libre de riesgos entre ellos. La relación completa y nominal de sus integrantes se presenta en el apartado ANEXOS.

### Componentes del Grupo de Trabajo

#### Representantes institucionales:

- Dirección General de Integración de los Inmigrantes. MTAS
- Instituto de la Mujer. MTAS
- Ministerio de Educación y Ciencia
- Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo
- Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. MSC

#### Entidades de Mediación Social:

- SEMSI. Servicio de Mediación Social Intercultural. Madrid

#### Asociaciones de inmigrantes:

- SABABIA. Asociación hijos de inmigrantes.
- RUMIÑAHUI (ecuatorianos/as)
- VOMADE (mujeres dominicanas)

- ACULCO (colombianos/as)
- AJI. Asociación Jóvenes inmigrantes.

**Asociaciones, ONG y colectivos vinculados al campo de la juventud, de la salud, de los derechos sexuales y reproductivos y de la ayuda a las personas desplazadas y refugiadas:**

- Cruz Roja Juventud
- Consejo de la Juventud de España (CJE)
- Federación de Planificación Familiar Estatal
- ACCEM. Asociación Comisión Católica Española de Migración. Proyecto APOI (países del Este europeo)
- CEAR. Comisión Española de Ayuda al Refugiado
- Red ACOGE
- Jóvenes más que Unidos por la Diversidad + QUNIZ

Este grupo llevó a cabo dos reuniones de trabajo que permitieron definir los elementos más significativos del comportamiento sexual y reproductivo de la juventud inmigrante. También se generó una serie de propuestas que se incorporan en el aparatado correspondiente de este mismo documento.

De las conclusiones del trabajo desarrollado en las dos reuniones celebradas en 2006 por este grupo se puede destacar:

**Generalidades**

- Respecto al **grupo de edad** al que debe dirigirse el proyecto, se consideró que los 15 años como límite inferior no son adecuados y se sugirió la conveniencia de trabajar con jóvenes inmigrantes entre 13 y 24 años aproximadamente. Elevar la consideración de joven hasta los 29 años, criterio válido en otros contextos, no se estimó oportuno en el caso de la población inmigrante, que por lo general presenta un proceso de maduración más precoz. También se dijo que por su diferente evolución no se podía comparar a un joven español y a un joven inmigrante de la misma edad.
- Además de la edad y la nacionalidad de origen, se dio mucha importancia al **contexto** en el que los inmigrantes viven. Se mantuvo un interesante debate sobre si ejercían más influencia en los comportamientos juveniles la cultura de procedencia o los factores *situacionales*, es decir la situación concreta en la que se desarrollan. Se planteó como ejemplo que una mujer marroquí no se comporta de igual manera en su país de origen, donde está sometida a una enorme presión familiar, que cuando vive y se desenvuelve en España, conviviendo en un núcleo familiar muy pequeño.
- En consonancia con lo anterior, se dio mucha importancia a la variable **tiempo de permanencia en España**, que siempre debe tomarse en consideración a la hora de diseñar estrategias de intervención.
- Otras variables sociales a tener en cuenta son: **nivel socio-económico**, **zona de residencia (rural o urbana)** tanto en el país de origen como en el país de acogida y **contexto familiar**. En el caso de inmigrantes procedentes de algunos países, como por ejemplo Ecuador, también interesa conocer la región (sierra o costa) donde vivían antes de venir a España ya que las actitudes y los comportamientos sobre la sexualidad son diferentes.
- Se presentaron diversas opiniones en el sentido de que las actuaciones previstas tengan en cuenta: el **peso de la familia** y la importancia de la **escolarización** en el cambio de actitudes y comportamientos de la juventud inmigrante.
- Asimismo se remarcó la necesidad de no olvidar la **perspectiva de género** en el análisis ya que precisamente en una gran parte de la población inmigrante persisten actitudes machis-

tas, manifestadas en relaciones discriminatorias para las mujeres en general, y para las jóvenes en particular, basadas en la sumisión y el sometimiento a los valores masculinos tradicionales.

- Se plantearon algunas dudas sobre la especificidad de las estrategias a seguir: mientras que en unos casos se hablaba de características específicas de la juventud inmigrante y, por tanto, diferentes necesidades y actuaciones, en otros casos se dejó el interrogante sobre la conveniencia de desarrollar **estrategias similares entre jóvenes inmigrantes y autóctonos** para reducir el riesgo de discriminación y aislamiento. Se aclaró que precisamente el proyecto estaba encaminado a reconocer las necesidades manifestadas por la propia juventud inmigrante para dar una respuesta adecuada e integradora.
- En el transcurso del debate en bastantes ocasiones se enfatizó que lo que se decía sobre la juventud inmigrante era igualmente válido para la juventud española y que las diferencias eran menores de lo que se podía pensar a primera vista.

### Características comportamentales

- Relaciones desiguales. Comportamientos de riesgo justificados por el amor. *“Si me amas, demuéstalo”* como forma de chantaje.
- No se puede hablar con generalizaciones. Cada inmigrante tiene unas características particulares y no se debe extrapolar las actitudes y los comportamientos de los procedentes de un determinado país, ni a todos los procedentes de ese país, ni aún mucho menos, a todo un continente.
- Escasa conciencia de riesgo: como adolescentes que son viven *“aquí y ahora”*.
- Diferentes vivencias de las situaciones de riesgo.
- Dificultades para negociar el *“sexo seguro”*.
- Posibilidad de relaciones sexuales no claramente consentidas o *“forzadas”* y necesidad de profundizar en sus condicionantes.
- Dificultades para hablar de sexualidad y medidas preventivas con los adultos. En muchos casos, estos impedimentos tienen una motivación religiosa.
- Desinformación sobre temas como IVE y algunos anticonceptivos.
- La opinión pública y los medios de comunicación se centran excesivamente en los casos de IVE en inmigrantes y en la proporción que representan respecto a la población española. Ello contribuye a dar una visión negativa de la sexualidad y de la forma de vida de los inmigrantes, cuando en realidad hay que centrarse en la prevención del embarazo.
- Posibilidad de que el inicio precoz e inducido de determinadas prácticas sexuales sea tomado como un rito de entrada en determinadas bandas juveniles.
- Sobre la maternidad adolescente y juvenil:
  - La confusión existente respecto a la mayor facilidad para conseguir *“papeles”* (permisos de residencia o de trabajo) a través de un embarazo.
  - Percepción de que teniendo un embarazo a edad temprana *“te haces mayor”*.
  - Consideración de que lo normal para ellos y ellas es que el embarazo se produzca a una edad *“inferior”*.
- Se consideró que la homofobia impera en la mayoría de las culturas, por lo que es necesario trabajar los prejuicios contra la homosexualidad.
- Respecto a factores influyentes o *determinantes*:
  - Familia: aunque culturalmente tiene mucho peso, en España hay escasa atención a los hijos e hijas por obligaciones de tipo laboral. Es común que a lo largo del día no haya ninguna comunicación entre padres / madres e hijos / as.
  - Los propios adolescentes como *educadores* en los entornos que suelen frecuentar.
  - Cierta influencia de los medios de comunicación, especialmente de las radios *“comunitarias”*, aunque lo que más funciona es el *“boca a boca”*.
  - Se repite que el haber pasado por el sistema educativo, o estar escolarizados, es un determinante fundamental.

- Necesidad de trabajar con los medios de comunicación (españoles) como instrumento informativo.

#### Algunos comentarios expresados en relación a diferentes colectivos:

- **Dominicanos/as:** Dificultades para que los chicos asuman el uso del preservativo y sin embargo se deja en sus manos, con escasa participación de las chicas. La sexualidad se vive como “un juego” sin asumir responsabilidades.
- **Ecuatorianos/as:** Diferencias entre sierra y costa. Carácter extrovertido. Importante peso de la religión. Actitudes machistas. Homofobia, especialmente en el medio rural, con gran peso de la religión católica y de las posiciones más conservadoras.
- **Marroquíes:** Sentimientos de resignación ante las situaciones discriminatorias, como si no se pudiera hacer nada para evitarlo. Necesidad de analizar el contexto económico y si se procede de zona rural o urbana. Aprovechar el hecho de que cuando se vive en España las influencias familiares tan extendidas en la zona de origen, se reducen. Se puso en discusión las diferentes formas de ver la supuesta sumisión de la mujer frente al hombre (el mito de la sumisión).
- **Rumanos/as:** Se recalcaron las importantes diferencias entre rumanos/as de etnia gitana y el resto. En la etnia gitana tiene mucho peso los condicionamientos culturales y religiosos. Gran influencia de la familia, con predominio de familias numerosas y embarazos a edad temprana. Respecto a rumanos/as no gitanos, parece que existen similitudes con inmigrantes de otros países del entorno geográfico. Precisamente, sobre los/as inmigrantes de otros países del este europeo, se destacó los enormes problemas que tienen con el idioma, ya que las lenguas de origen eslavo, a diferencia de lo que sucede con el rumano que procede del latín, no tienen ninguna similitud con el español.

#### Otras aportaciones acerca de colectivos menos representados

Pese a diversos intentos, resultó muy difícil conseguir contactos con personas o entidades relacionadas con la población de origen sub-sahariano y asiático y mucho menos con la juventud procedente de esas grandes zonas del planeta. En ausencia de una participación directa en los *grupos de trabajo*, se trató de obtener información indirecta sobre sus comportamientos y necesidades más relevantes en relación con la sexualidad juvenil.

#### Población procedente de África subsahariana

A lo largo de sus reuniones, los componentes del *grupo de trabajo* hicieron, a partir de su propia valoración, algunos comentarios de interés sobre la juventud de este origen:

- No suelen prestar mucha atención a su sexualidad y cuando lo hacen, es desde un enfoque negativo, especialmente centrado en los casos de violencia (se supone que se refiere tanto a los propios inmigrantes como a la apreciación que los españoles tenemos sobre ellos y ellas).
- Las mujeres solas con cargas familiares requieren especial atención porque con frecuencia tienen hijos de varios hombres diferentes.
- Lo que más necesitan es orientación, información y acompañamiento.
- Tienen muchas resistencias para integrarse por gran desorientación y falta de confianza cuando llegan a España.

Otra información destacada al respecto es la recogida a partir de la experiencia desarrollada por la Asociación de Planificación Familiar de Cataluña y Baleares, a lo largo de diversos años de atención a mujeres procedentes del continente africano. De sus aportaciones se puede resumir lo siguiente:

- La población inmigrante de África subsahariana son mayoritariamente hombres, siendo los más numerosos de Gambia y Nigeria, que se asientan sobre todo en Cataluña, Madrid y Andalucía.

- Dentro de Cataluña, con mayor experiencia de acogida de esta población, la primera oleada de mujeres subsaharianas se asentó sobre todo en el Maresme y en Girona, siendo mujeres que ya tenían hijos.
- Más recientemente, llegan a España mujeres más jóvenes nulíparas que vienen por reagrupamiento familiar, que conocen muy poco al marido y que desean un embarazo, y también mujeres relacionadas con el comercio sexual.
- En muchos casos, se trata de jóvenes y mujeres que han sufrido mutilación genital de diversos grados en su infancia y que se acercan a los servicios sanitarios por complicaciones tardías como disfunciones sexuales, dispareunia (dolor durante el coito) y problemas en los partos.

### **Población de origen chino**

La información referida a este colectivo fue recopilada a partir de dos mediadoras de origen chino.

- La mayoría de la población china residente en nuestro país procede de la provincia de Zhejiang en el sur de China y han venido a España a partir de los años 90, para mejorar sus expectativas económicas.
- Existen enormes problemas de comunicación por el idioma, aunque en los centros educativos se da una alta valoración al rendimiento escolar del alumnado chino.
- Se trata de una sociedad muy cerrada y patriarcal, con poca relación con el entorno y en la que las chicas y las mujeres ocupan ancestralmente una posición social de *sumisión* y de *obediencia* al padre y al marido, fundamentalmente.
- La formación de pareja y las uniones matrimoniales se efectúan con miembros del mismo colectivo, la mayoría de las veces por acuerdo entra las familias. Una gran parte de esta población mantiene la expectativa de volver a su país de origen en un futuro más o menos lejano.
- La altísima valoración del trabajo hace que, por lo general, consideren a la población española como perezosa, lo que es un motivo para rechazar el matrimonio mixto. Suelen considerar a los/as jóvenes españoles *vagos, liberales e infieles*.

### Algunos comentarios sobre sus actitudes ante la sexualidad y la reproducción

- Desconocimiento sobre la sexualidad, la reproducción y el propio cuerpo.
- Enormes dificultades para hablar acerca de su intimidad, incluso entre mujeres con vínculos familiares o de amistad.
- Iniciación sexual no muy precoz y embarazo matrimonial. Probable aceptación de IVE en el marco de sus circuitos sanitarios.
- Aceptación de la mayoría de los métodos anticonceptivos modernos, con especial atracción por el DIU. Escasos conocimientos sobre las preferencias anticonceptivas de la juventud.
- Desconocimiento e infravaloración de los riesgos de ITS e infección por VIH/SIDA, probablemente con un nivel de exposición inferior a la sociedad occidental.
- El maltrato manifiesto o encubierto es una práctica bastante habitual de los hombres hacia sus mujeres.

### Barreras de acceso a los servicios sanitarios

Se constata una bajísima utilización de los servicios sanitarios convencionales en base a su propia cultura, asentada en la medicina tradicional, y en parte a las dificultades idiomáticas y de acceso a los recursos existentes. La mayor frecuentación se produce a los servicios hospitalarios de urgencia.

### Asociacionismo

Las asociaciones existentes se basan en objetivos comerciales, y más secundariamente religiosos. No existe ninguna forma conocida de asociacionismo juvenil.

### Acercamiento a la juventud china

Probablemente la única vía posible de acceso sea través de los colegios, institutos y universidades.

Desde sus circuitos, podría ser interesante contactar con los recursos que enseñan chino a los niños/as y adolescentes, especialmente en fin de semana, con los médicos/as tradicionales (con el impedimento de tratarse de un trabajo no siempre regularizado) y con los colectivos que editan periódicos en chino que al parecer tienen gran audiencia entre la población china.

Por último, una de las fuentes de información respecto a actitudes, comportamientos y demandas, en este caso referente al campo de la sexualidad, de un colectivo como el de jóvenes inmigrantes, lo constituye la investigación cualitativa.

Por ello, en esta primera fase del proyecto, se llevó a cabo una investigación que mediante esta metodología permitió profundizar en las normas, valores, tópicos, vivencias, creencias, determinantes y demandas relacionadas con la sexualidad y los riesgos añadidos a algunas de sus prácticas.

En el siguiente apartado, se recoge información sobre el diseño, realización y resultados de esta experiencia, que aporta importante información sobre los comportamientos sexuales y reproductivos de la juventud inmigrante estudiada.