

SALUD MENTAL Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MUJERES MIGRANTES EN TIEMPOS DE PANDEMIA: APROXIMACIÓN A SUS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

Febrero 2022



BATERA
2030



Gipuzkoako
Foru Aldundia
Diputación Foral
de Gipuzkoa





SALUD MENTAL Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MUJERES MIGRANTES EN TIEMPOS DE PANDEMIA: APROXIMACIÓN A SUS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

Coordinación general: Patricia Ponce - Haurralde Fundazioa

Investigadora principal y autora: Karina Marimbo

Equipo de investigación: Patricia Ponce, Silvia Carrizo, Karina Marimbo y Anaïs Córdova-Páez

Diseño y maquetación: Danisa Monte

Colaboraciones y agradecimientos:

Queremos extender nuestro agradecimiento a todas las mujeres que han participado en el estudio, aportando sus historias de vida desde la solidaridad y con el objetivo de ayudar a otras mujeres que pasan por similares situaciones, y confiando en que las redes de sororidad con otras mujeres y desde la diversidad son espacios de cambio y de incidencia desde donde expresar situaciones y sentimientos que nos interpelan a todas.

Con el fin de resguardar la identidad y mantener el respeto, los nombres de mujeres migrantes utilizados en este estudio son ficticios.

Esta publicación cuenta con el apoyo financiero del Gizarte Politiketako Departamentua- Gipuzkoako Foru Aldundia.

El contenido de dicha publicación es responsabilidad exclusiva de Haurralde Fundazioa y no refleja necesariamente la opinión del Gizarte Politiketako Departamentua.



ÍNDICE



1. PRESENTACIÓN	4
2. CONTEXTOS Y ANTECEDENTES TEÓRICOS	5
2. 1 Salud mental	9
2. 2 Salud Sexual y Reproductiva	11
2. 3 Estrategias de Afrontamiento	12
3. OBJETIVOS	14
4. METODOLOGÍA	15
5. RESULTADOS	18
5. 1 Resultados estadísticos	18
5. 2 Grupo focal	24
5. 3 Entrevistas en profundidad	29
5.4 Entrevistas en profundidad a las usuarias	32
6. CONCLUSIONES	35
7. REFERENCIAS	38

1. PRESENTACIÓN



El presente informe explora las estrategias de afrontamiento para salvaguardar la salud mental de mujeres inmigrantes en vulnerabilidad social, a partir del estado de emergencia sanitaria del año 2020 hasta la actualidad. Entendemos que socializar este estudio entre las organizaciones del tercer sector y la sociedad en general, resultará de ayuda para la articulación del trabajo de intervención con mujeres en situaciones de vulnerabilidad. Es por ello que, a través de una exploración cualitativa retrospectiva, se indagó en la forma como las mujeres han enfrentado el estrés generado por el confinamiento del 2020 y la pandemia en general, en pro de mantener la salud mental y la salud sexual reproductiva.

Para realizar estos objetivos, en un primer momento se realizó una encuesta de carácter cuantitativo. Posteriormente, se organizó un grupo focal con 7 mujeres, las que contaron sus experiencias en el confinamiento del 2020. Además, se entrevistó a una psicóloga y a una matrona, con el fin de realizar una triangulación de la información y recoger la valoración que, como profesionales pudieron tener de la experiencia del confinamiento y, de manera más personalizada se realizaron dos entrevistas en profundidad.

Por ello, la exploración de los recursos internos y externos que utilizaron para salvaguardar su salud mental, sexual y reproductiva, nos permite conocer por una parte: con qué estrategias cuentan las mujeres a las que se atiende, cuáles son las dificultades de gestión cognitiva y emocional y cuáles son las virtudes y fortalezas, desde el enfoque de la atención psicológica individualizada y el seguimiento psicológico, qué es lo que se debe fortalecer desde el tercer sector; qué de los programas de atención está siendo realmente efectivo, en momentos de crisis como fue la pandemia del 2020 y a posterior y, por último, dónde están los vacíos desde las estrategias públicas en salud mental y si estas contemplan la inmigración en sus planes de atención.

2. CONTEXTOS Y ANTECEDENTES TEÓRICOS



La pandemia ha impactado de forma diferente en mujeres y hombres y los datos nos muestran que las mujeres y las niñas están más expuestas a las consecuencias negativas de esta crisis. Más de un 60% de las personas contagiadas han sido mujeres (Boletín de situación epidemiológica del COVID 19, 2020), las causas de tal disparidad se refieren a que:

Ellas son mayoría entre el personal sanitario y no sanitario que ha estado salvando vidas en los hospitales y centros de salud: el 78% de la plantilla estructural de Osakidetza son mujeres; a nivel del Estado: más de 8 de cada 10 personas que trabajan en este sector son mujeres y entre quienes han asumido el sostenimiento de las vidas de las personas más vulnerables dentro de los hogares: las mujeres representan el 89,2% de las personas cuidadoras no profesionales de personas dependientes. En todos los casos las cifras, investigaciones y estadísticas arrojan que las mujeres son mayoría en el sector de la salud y en el de los cuidados.

Pero una realidad que hay que destacar es que, antes de la pandemia eran las mujeres quienes se dedicaban un tercio más de su tiempo en tareas del cuidado del hogar y de otras personas de la familia. Este trabajo (no remunerado ni reconocido), aumentó considerablemente cuando se cerraron los centros educativos y se hicieron efectivas las medidas de aislamiento (EUSTAT, 2020). Cabe destacar que más de 8 de cada 10 personas que trabajan en el ámbito de cuidados son mujeres y lo hacen en condiciones precarias (Emakunde, 2020), esta estadística se replica entre las mujeres con las que Haurralde Fundazioa trabaja actualmente.

¿Por qué afirmamos que la crisis de la COVID 19 tiene un impacto directo y exponencial sobre las mujeres?

Las mujeres sufren mayor precariedad y pobreza laboral, lo cual las sitúa en un peor lugar para afrontar un nuevo periodo de crisis (especialmente mujeres jóvenes, las mujeres con baja cualificación y las mujeres migrantes), además algunos de los sectores más afectados, como el comercio, turismo y hostelería, están altamente feminizados. Dentro de este grupo son las mujeres migradas las que sufren aún más dificultades (Instituto de la mujer, 2020).

Además, hubo un aumento considerable en la invisibilidad de las situaciones de violencias durante la pandemia (Emakunde, 2020). Finalmente, para realizar esta afirmación, nos basamos en nuestra trayectoria de trabajo previo con mujeres inmigrantes en Euskadi, que tenían ya una situación de alta vulnerabilidad antes de que sucediera todo esto, y que trabajan en el sector servicios, el primer y el mayor afectado de la crisis, y/o el sector de cuidados. Un número importante de nuestras usuarias forman el colectivo de familias monomarentales vascas receptoras de ayudas sociales con trabajos en el sector servicios. Estos colectivos, tanto en la primera, segunda como en la tercera ola, se han quedado fuera de los contratos laborales formales o informales por el cierre total de comercios, bares, oficinas etc. Por otra parte, en el sector cuidados, al producirse los confinamientos, muchas familias han pasado a cuidar a sus personas dependientes, con lo que las mujeres contratadas han sido despedidas.

De hecho, durante el 2020 de las 1.837.000 personas que habían perdido su trabajo, 899.000 fueron mujeres, y de ellas un 88% se salió de la fuerza laboral y no estaba optando por buscar trabajo (García, 2021). Pero no se trata únicamente de los índices de inactividad, que, por cierto, significan un retroceso de una década en términos de igualdad de género. Se trata de todo lo intangible e inabordable que eso implica, como la pérdida de pertenencia, de trascendencia y el estar relegadas únicamente al espacio privado (Poblete, en García, 2021). Además, atendiendo al perfil concreto que la presente investigación atiende, resulta imprescindible tener en cuenta que se trata de mujeres en situación migrante que se encuentran en situación de vulnerabilidad no solo a nivel de recursos materiales, sociales y personales; si no a nivel identitario, en procesos de crisis de identidad en el que las mujeres han de encontrar los caminos para encontrarse y construirse nuevamente en un contexto que les es desconocido. En consecuencia, se trata de tener presente todas las implicaciones que la crisis de la COVID-19 han tenido y tienen en la vida de las mujeres, quienes han quedado relegadas a la casa, al trabajo de los cuidados de su familia, lo que puede devenir en la desposesión de identidad en pro de asumir la identidad de madre cuidadora. Esto es, la construcción de la identidad en función únicamente del rol de madre, relegando a un segundo plano el resto de los roles, experiencias, necesidades, proyectos y deseos que nos conforman como personas.

Durante la crisis sanitaria derivada de la COVID-19 se pone a prueba no solo el sistema sanitario, sino también otras estructuras sociales y económicas, que aun en las fases de desescalamiento y recuperación son susceptibles de provocar inequidades entre grupos de población. La crisis de la COVID-19 pone de manifiesto la necesidad de dar valor al ámbito de los cuidados y a los espacios en red y colectivos. No obstante, lejos de responder a lo que durante meses ha estado de manifiesto, la crisis y las respuestas políticas han ido en detrimento del sector de los cuidados, del trabajo colectivo y de las condiciones laborales de quienes trabajan en dicho ámbito. En este sentido, las respuestas políticas más efectivas serán las que consideren su impacto en la vida de las mujeres y las niñas, considerando todos los contextos de vulnerabilidad. Por tanto, resulta necesario incluir la perspectiva de género interseccional que reconoce los múltiples factores sociales (como la clase social, el origen étnico, el estatus migratorio, la explotación sexual, la discapacidad, la diversidad sexual, la salud mental, etc.) que configuran los contextos de vulnerabilidad de las personas en los brotes de enfermedades, así como su capacidad para hacer frente a las emergencias y participar en las respuestas (Castellanos, Mateos y Chilet-Rosell. 2020).

La pandemia del 2020 ha aumentado las necesidades y vulnerabilidad de las mujeres con las que trabajamos, la post pandemia las ha agravado, y ya podemos hablar de un retroceso en el ejercicio de los derechos de las mujeres en el camino a la igualdad. Se hace evidente y urgente la necesidad de combinar las medidas de salud pública para evitar la profundización de las desigualdades. Las mujeres representan el 50% de la mitad de los 244 millones de personas migradas en el mundo; y también la mitad de los 19,6 millones de personas refugiadas. La feminización de la pobreza, un término acuñado en los años 70 (Diana Pearce, 1978) es un concepto totalmente vigente en la post

pandemia y el momento actual, relacionado de manera directa con la salud mental. La pobreza está feminizada, pues las mujeres tienen empleos más precarios, menores salarios y sufren más el desempleo. La población vulnerable en España² alcanza el 26%, y es especialmente alta en el caso de las mujeres (27%) y, en concreto, de las adolescentes (las menores de 16 años suman el 29%, y las jóvenes que tienen entre 16 y 29 años, el 37,2%). La COVID-19 ha agravado la situación. En el ámbito laboral, ha afectado negativamente más a mujeres que a hombres. Las mujeres tienen en la actualidad más probabilidades de perder su empleo que los hombres, ya que las trabajadoras están más vinculadas que los trabajadores a empleos directamente afectados por la crisis sanitaria, como es el caso de la hostelería, el comercio y el servicio doméstico. Según la EPA, el sector más impactado es el de Servicios con 816.900 ocupados menos, donde tradicionalmente el peso de la mujer es mayor. Por sexo, el empleo disminuyó en el segundo trimestre de 2020 en 527.800 hombres y en 546.200 mujeres. En lo que respecta a la tasa de paro, la femenina se sitúa en el 16,72% en este periodo, mientras que la masculina sube 1,33 puntos hasta el 14,13%. El número de mujeres activas baja en 594.100 frente a los 424.900 de los hombres. Lo mismo ocurre con la tasa de actividad, donde la femenina baja hasta el 50,05%, frente al 61,35% de los hombres. La implantación de planes de igualdad en las empresas españolas ha descendido un 25% respecto a 2019, mientras las políticas de conciliación se han reducido un 12%.

Un sector especialmente vulnerable es el de las trabajadoras de hogar, cerca de 600.000 mujeres, de las que una de cada tres vive bajo el umbral de la pobreza. Aproximadamente el 30% de ellas (cerca de 200.000) está en situación irregular, sin contrato, por lo que no han podido acogerse al subsidio temporal establecido en el artículo 30 del Real Decreto 11/2020. Otro sector feminizado afectado es el de autónomas del sector servicios y propietarias de pequeños negocios, ámbitos sensibles a la crisis económica derivada de la pandemia (*Plataforma Sombra CEDAW, Estambul y Beijing- Grupo de trabajo COVID19*).

En pandemia y hasta el momento actual de post pandemia, las mujeres atendidas han referido en todo momento situaciones de angustia, ansiedad, incertidumbre sobre el futuro inmediato que les impide conciliar el sueño, y el acceso a la automedicación como recurso. No obstante, también hay otro tipo de manifestaciones relativas a la salud mental que, por sutiles, internalizantes y adaptativas para la sociedad, no se detectan con la misma facilidad, pero resultan igual de importantes y dolorosas. Hay que tener presente que las mujeres atendidas son en su mayoría mujeres migrantes que se encuentran en un proceso de duelo respecto a su lugar de origen. Son también mujeres, que migrantes o no, han vivenciado experiencias de maltrato, abuso y negligencia graves que generan un fuerte impacto en su salud mental. Sin embargo, en ocasiones, nos encontramos con mujeres que, por las graves implicaciones psicológicas de sus vivencias se disocian cognitivamente de las mismas, desconectándose de su mundo afectivo, normalizando y acostumbrándose a vivir una vida afectivamente más pobre, quedando dichas experiencias sin elaborar. Son estrategias de afrontamiento diferentes, que tienen como objetivo evitar el desbordamiento emocional y permitir que la persona siga siendo capaz de funcionar de forma autónoma y adaptada. Con esto y con todo, siguen siendo experiencias emocionales que las mujeres no pueden nombrar ni elaborar ni hacer explícito, quedando en lo invisible, pero generando malestar desde ahí. Es por ello que resulta imprescindible atender a las experiencias emocionales nombradas, pero también a aquellos estados emocionales que quedan sin nombrar, no con el objetivo de abordar contenido traumático que las mujeres no están preparadas para abordar; pues no se debe abrir aquello que no se puede cerrar. Sino más bien, en aras de dar una atención psicológica ajustada a las necesidades y experiencias de las mujeres, reforzando estrategias adaptadas que les permita mejorar en su salud mental y en su vida en general. Dado que es frecuente que dicho desbordamiento emocional y la dificultad de nombrarlo devenga en un bloqueo emocional que dificulta la activación en muchos otros ámbitos de la vida, como podría ser el educativo, el laboral, el social o el personal.

La OMS y diversos mecanismos instan a los estados a que garanticen una salud comunitaria y un acompañamiento real que incluya el factor migración y cultural en esa atención. Se necesitan políticas públicas acordes a los desafíos que nos plantea la época y crisis sucesivas actuales, con medidas inmediatas y los planes a largo plazo de recuperación, resiliencia económica, atención integral a salud mental y salud sexual y reproductiva de las mujeres en concordancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.

Resulta necesario tener una clara visión de las necesidades y vivencias de las mujeres (nombradas y sin nombrar), especialmente de las mujeres migrantes, para el establecimiento de medidas que respondan acorde a comprender la pandemia del COVID19 y Post COVID desde una perspectiva de salud y derechos sexuales de las mujeres migrantes. La situación de estrés y saturación sanitaria llevó a los sistemas de salud a redirigir los recursos de los servicios de salud sexual y reproductiva y a limitar el acceso a la planificación familiar.

Esto supuso un riesgo fundamental para las mujeres, quienes siguieron necesitando acceso a métodos contraceptivos. También un peor acceso al tratamiento de infecciones de transmisión sexual agrava la situación de salud de cualquier sexo (Sociedad Española de Contracepción. 2020). Desde organizaciones de mujeres y el tercer sector, se hace un llamamiento durante esta crisis sanitaria, a una atención precisa y de apoyo a las necesidades en este ámbito, protegiendo los derechos de salud sexual y reproductiva, con énfasis en la seguridad y dignidad, y, evitando perpetuar normas de género dañinas, discriminatorias y desiguales con las mujeres (UNFPA, 2022).

La Sociedad Española de Contracepción¹ elaboró un documento definiendo las prestaciones sanitarias no demorables asociadas a la salud reproductiva que implican el desplazamiento de pacientes al centro sanitario. Se ha considerado prestación no demorable: solicitud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), solicitud de anticoncepción de urgencia, sospecha de infección de transmisión sexual (ITS), sospecha de complicaciones severas asociadas a diferentes métodos anticonceptivos, y atención a las víctimas de violencia de género. En el caso del DIU, la sospecha de infección o sangrado menstrual abundante justifica la atención no demorable. Se ha insistido en las medidas de protección para acudir al centro sanitario: evitar acompañantes, uso de mascarilla y puntualidad para evitar aglomeraciones en las salas de espera de los centros sanitarios.

El reto ha sido el asesoramiento anticonceptivo y la prescripción de métodos por vía telefónica u otras vías (e-mail). Para potenciar el uso de anticoncepción segura y efectiva, el equipo profesional sanitario realiza la historia clínica y valora posibles opciones anticonceptivas. Si la usuaria elegía un método de corta duración, como la píldora, anillo vaginal o parche, se ha incentivado la receta online de larga duración, y la usuaria ha acudido directamente a la farmacia. Sobre lo que no tenemos datos ni hemos podido profundizar es sobre la comprensión por parte de las mujeres migrantes a estas directrices online si se ha dado, o lo que es lo mismo la mirada intercultural a la salud online. Tampoco conocemos ni tenemos datos sobre cómo la Covid19 puede o no aumentar los riesgos en mujeres que estén tomando anticonceptivos (estrógenos) por vía oral, vaginal o transdérmica. Y tampoco hay datos relativos a cómo en una situación de crisis y desbordamiento emocional en el que las mujeres se han podido relegar a sí mismas a un segundo plano, han tenido dificultades o no para poder hacer ese seguimiento en el autocuidado.

Por último, nos queda analizar brevemente qué o cuáles han sido las estrategias de afrontamiento por parte de las mujeres y mujeres migrantes para hacer frente a los desafíos de las situaciones de salud emocional agravadas por la pandemia y los cuidados y asistencia a la salud sexual y reproductiva. Entendiendo que con la COVID 19 los escenarios cambiaron, las estrategias fueron diferentes, pero el objetivo siguió siendo el mismo, atender y mejorar la situación de las mujeres respecto a su salud emocional y derechos sexuales y derechos reproductivos en pandemia.

¹ https://www.semg.es/images/2020/Coronavirus/Posicionamiento_salud.sexual_SEC_Covid.pdf

2.1.- Salud mental

La salud mental es el estado de bienestar que permite a las personas la realización de actividades de manera normal, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades. No obstante, en la mayor parte del mundo, no se le atribuye a la salud mental y los trastornos mentales la misma importancia que a la salud física (OMS, 2004). Por el contrario, la salud mental ha sido objeto de abandono e indiferencia. La definición de salud de la OMS considera que «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. Así la Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos y por tanto es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental. Otra característica es que los problemas de Salud Mental pueden afectar a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma y, por lo tanto, constituyen un desafío importante para el desarrollo general. No hay grupo humano inmune, pero el riesgo es más alto en los sectores más desfavorecidos, como pueden ser las personas sin hogar, sin empleo, con poco nivel de escolaridad, las víctimas de violencia, las personas migrantes y refugiadas, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas, las personas ancianas abandonadas, etc.

La salud mental, física y social están íntimamente imbricadas, actualmente con el conocimiento sobre esta interdependencia, surge de manera más evidente que la salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones.

Según el Informe sobre la Salud en el Mundo 2002, tres de los 10 factores de riesgo principales imputables a la carga mundial de las enfermedades, eran de naturaleza mental/conductual (sexo no protegido y el uso del tabaco y de alcohol) mientras que otros tres están significativamente afectados por factores mentales/conductuales, como son el sobrepeso, alta presión arterial y alto colesterol (OMS, 2004).

En diciembre de 2021, el gobierno de España aprobó la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 y en su presentación se reconoció que tras la pandemia quedó en evidencia que los pacientes COVID y sus familiares, las mujeres, los niños, la población con menos recursos o el personal sanitario han sido los grupos cuya salud mental ha sufrido los golpes más duros y que la precariedad laboral y la incertidumbre hacia el futuro aumentan el riesgo de padecer ansiedad, angustia, depresión o trastornos más graves (OMS, 2004).

Según el informe de valoración y recomendaciones realizado por Amnistía Internacional sobre la Estrategia de Salud Mental, en España hubo un empeoramiento de la salud mental desde el inicio de la pandemia y las encuestas realizadas sobre ese período indican que el 41,9% de las personas encuestadas tuvo problemas de sueño, un 51,9% se sintió cansado y con pocas energías, el 23,4% tuvo mucho miedo de morir por Covid y un 15,8% de la población experimentó uno o más ataques de pánico (Plan de Acción 2021-2024 Salud Mental y Covid- 19).

De acuerdo con las recomendaciones de los organismos internacionales, la atención primaria es fundamental para promover la salud mental, atender los procesos psicosociales de la vida cotidiana que influyen en las personas y realizar una intervención precoz ante la aparición de factores de riesgos y síntomas asociados a la salud mental. En 2017, el 27,4% de las personas asignadas a atención primaria presentaban problemas psicológicos o de salud mental, siendo la frecuencia mayor

entre las mujeres donde la ansiedad y la depresión eran los más frecuentes. Los trastornos de salud mental aumentan su prevalencia a medida que disminuye el nivel de rentas, así la esquizofrenia, los trastornos de personalidad y de somatización son entre 11 y 12 veces más frecuentes en el nivel de rentas más bajo respecto al más alto.

La mejora de la Atención a la Salud Mental en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, tanto en atención hospitalaria como primaria, es una de las principales medidas incluidas en el nuevo plan, junto al impulso a la Formación Sanitaria Especializada en salud mental, la sensibilización y la lucha contra la estigmatización, la prevención de las conductas adictivas, la promoción del bienestar emocional -poniendo el foco en la infancia, la adolescencia y otros grupos vulnerables como las mujeres o los mayores, y la mejora de la prevención, la detección y la atención de la conducta suicida, acciones todas que deben diseñarse desde un enfoque de derechos humanos, donde la dimensión comunitaria toma relevancia para una mejora atención, pero “este enfoque basado en la salud comunitaria únicamente se podrá implementar en España, a través de un fortalecimiento de la atención primaria que lleve a cabo labores de salud comunitaria”.

En Euskadi la atención de la salud mental tiene su primer marco de adecuación en Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, donde en la atención primaria, se incluye la atención comunitaria, la atención paliativa a enfermos terminales, la salud bucodental y la salud mental. Así dentro del Plan de Políticas de Salud para Euskadi 2013 – 2020 dentro del área prioritaria “Entorno y conductas saludables” se enmarca el Programa de la salud mental y emocional, que teniendo en cuenta las diferencias sociales y de género apostó por

- Intervenciones y medidas intersectoriales para fortalecer las redes comunitarias de relación y participación social con especial énfasis en mujeres, menores y personas mayores.
- Diseñar intervenciones para la prevención del estrés, la ansiedad y depresión dirigido a los grupos más vulnerables y al entorno laboral.
- Diseñar intervenciones comunitarias en áreas con alto riesgo de exclusión social o marginalidad, con el fin de actuar sobre los determinantes de los trastornos mentales y de las adicciones.

Esta estrategia adopta, un enfoque integrado que combina la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, la coordinación inter e intrainstitucional, así como adoptar medidas que fomenten la inserción laboral y social de las personas que padecen estos trastornos. Por tanto, la Estrategia de Salud Mental² 2010 adoptada en consonancia con los documentos estratégicos mencionados busca un modelo organizativo de tipo comunitario para la atención a la salud mental, Community based mental-health model, referente europeo prácticamente universal y de sus principios se derivan las líneas y objetivos de esta estrategia que pueden resumirse en:

- **Autonomía** es la capacidad del servicio para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas.
- **Continuidad** es la capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, ininterrumpidamente a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y con coherencia, entre los servicios que la componen (continuidad transversal).
- **Accesibilidad** es la capacidad de un servicio para prestar asistencia al paciente y a sus familiares cuando lo necesiten.

2 https://www.ararteko.eus/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_3263_3.pdf

- **Atención integral** es la capacidad de dar respuesta a todos los factores que intervienen en la prevención, tratamiento y rehabilitación de un trastorno mental.
- **Equidad** es la distribución de los recursos sanitarios y sociales, adecuada en calidad y proporcionada en cantidad, a las necesidades de la población de acuerdo con criterios explícitos y racionales.

En el 2010 el informe del Ararteko (Informe estrategia de salud mental de la CAPV) ya describía algunas cuestiones de mejora que van en la línea de propuestas futuras de actuación a corto plazo y a medio plazo. En conclusión, dicho informe valoraba la Red de salud mental de Euskadi como buena, pero con posibilidades de mejoras. Entre las necesidades que se detectan encontramos las siguientes, que no son ni mucho menos excluyentes:

- * Necesidad de reducir la estigmatización que de por sí conllevan los trastornos mentales, la erradicación del estigma es aún una asignatura pendiente como sociedad que implica la actuación coordinada de diferentes estamentos, Osakidetza, Servicios Sociales, agentes múltiples, sociedad.
- * Una cartera de servicios que incluya una mirada cultural a la atención específica de mujeres y niñas y niños migrantes, un abordaje intercultural a la salud mental en población de riesgo, dado que la población migrada y refugiada lo es.
- * Un abordaje comunitario en salud mental que contemple la prevención como una línea fuerte y destacada, que evite la cronicidad y especialmente alternativas al alto consumo de psicofármacos en especial en mujeres.
- * Aumento claro y preciso de profesionales de la Psicología con especificidad en salud mental comunitaria.

2.2.- Salud Sexual y Reproductiva

La salud reproductiva aparece en la agenda pública en 1974 por primera vez, definida como, «la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor», subrayando que la atención al placer y al derecho a la información sexual son fundamentales en esta definición. Veinte años después, la salud sexual y reproductiva se incluyó en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), definiéndose como «un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos». En esta definición estaba implícita la capacidad de las personas «de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos» y la capacidad y libertad para decidir procrear, y cuándo y con qué frecuencia hacerlo. En el informe se definió también la salud sexual y se estableció que su objetivo declarado es «el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

En el decenio posterior a la CIPD se avanzó considerablemente en la comprensión de la sexualidad y el comportamiento humano en el mundo y se reconoció la enorme carga mundial para la salud —y la elevada morbilidad— causada por una amplia gama de afecciones de la salud sexual y reproductiva, entre ellas la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS); los embarazos no deseados; los abortos practicados en condiciones de riesgo; la esterilidad; las

afecciones maternas y genitourinarias; la violencia de género; y las disfunciones sexuales. Además, aumentó la concienciación sobre los efectos del estigma, la discriminación y la calidad insuficiente de la atención en la salud sexual y reproductiva de las personas.

En España, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo es el marco que regula esta materia entendida como derechos fundamentales de las personas y establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y la disponibilidad de programas y servicios de salud sexual y reproductiva, en línea con la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer. «Los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia».

En el País Vasco, el reconocimiento a los derechos sexuales y reproductivos se encuentran en un primer estadio. Las administraciones públicas vascas han de cubrir las necesidades derivadas del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a través de programas, tanto preventivos como asistenciales, dirigidos, entre otros aspectos, a facilitar la planificación sexual y a evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

Es en el plan de Políticas de Salud para Euskadi 2013 – 2020 donde se encuentran los principios, los objetivos y las acciones que rigen el sistema de salud vasco en cada una de las áreas prioritarias, donde la salud sexual y reproductiva se encuentra dentro de lo que se define como “entorno y conductas saludables” que busca promover la salud mediante la colaboración intersectorial en el ámbito local y comunitario. Con esta referencia en el ámbito de la salud sexual y reproductiva se busca promover la “sexualidad saludable, placentera e igualitaria”, comprometiendo para esto una atención integral, continuada y de calidad durante el proceso reproductivo.

Finalmente, el Marco Estratégico 2021 -2024. Departamento de Salud Gobierno Vasco se refuerza en el principio de que la salud sexual y reproductiva constituye un aspecto esencial para la salud y el bienestar de las personas, y asume la responsabilidad desde el Gobierno Vasco de continuar promoviendo una vivencia de la sexualidad informada, saludable, placentera e igualitaria, y ofreciendo una atención integral, continuada y de calidad durante el proceso reproductivo y mantener los programas de información y educación para la salud sexual basados en la igualdad de género y en el respeto a la diversidad sexual, con especial atención en los adolescentes y jóvenes, con la participación de los Departamentos de Salud, Educación y Juventud.

2.3.-Estrategias de Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento hacen alusión al “esfuerzo” cognitivo y conductual que debe realizar un individuo para manejar las demandas externas (ambientales, estresores) o internas (estado emocional) que son evaluadas como algo que excede los recursos de la persona (Lazarus y Folkman, 1984). Ante una situación de estrés hay que tener en cuenta: a) la valoración o apreciación que la persona hace de los estresores, b) las emociones y afectos asociados a dicha apreciación y c) los esfuerzos conductuales y cognitivos realizados para afrontar dichos estresores (Lazarus y Lazarus, 1994). Por lo tanto, el afrontamiento puede estar orientado: 1) hacia la tarea, centrándose en resolver el problema de manera lógica, las soluciones y en la elaboración de planes de acción; 2) o hacia la emoción, centrándose en respuestas emocionales (ira, tristeza, etc.), en la evitación, preocupación y reacciones fantásticas o supersticiosas (Endler y Parker, 1990). Esta última estrategia de afrontamiento es la más desadaptativa en situaciones de estrés, ya que un método de afrontamiento incorrecto y pasivo puede aumentar la intensidad de la respuesta de estrés percibida y provocar repercusiones negativas en el aspecto emocional y en el rendimiento (Lazarus, 1990). Cabe señalar que en cada una de estas clases de afrontamiento pueden utilizarse estrategias de carácter funcio-

nal y/o disfuncional.

Así, un afrontamiento inadecuado en una situación de estrés agudo puede llevar a un estrés crónico y a la aparición de estados emocionales negativos y psicopatológicos (Escamilla, Rodríguez y González, 2009; Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009), a padecer un síndrome de quemarse o burnout (Wheaton, 1997), así como a una alteración de la capacidad para tomar decisiones.

La aparición de estas emociones negativas bajo situaciones de estrés parece ser diferente en función del género. Algunos estudios indican que, desde los inicios de la adolescencia hasta la edad adulta, las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de experimentar emociones negativas ante situaciones de estrés. Así, diversos estudios indican la mayor frecuencia en la mujer de trastornos interiorizantes, tales como depresión (Gilman y Anderman, 2006; Jiménez y López-Zafra, 2008; Khawaga y Bryden, 2006), bajo autoconcepto (Inglés et al., 2009), mayores niveles de ansiedad social (Inglés et al., 2008) e irritabilidad (Jiménez y López-Zafra, 2008). Sin embargo, otras investigaciones han hallado que las mujeres presentan un mayor grado de empatía, asertividad y conducta prosocial, habilidades que se han relacionado con la capacidad de ayudar a los demás (Inglés et al., 2008; Sánchez-Queija, Oliva y Parra, 2006).

Por otra parte, se ha demostrado la existencia de una correlación positiva entre salud, apoyo social y la alta autoestima, esta última sirve como ente amortiguador sobre los efectos negativos del estrés (Lazarus & Folkman, 1986; Riquelme, Buendía y Rodríguez, 1993).

3. OBJETIVOS



Objetivo general

Indagar en las estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres inmigrantes en Salud Mental y Salud Sexual y Reproductiva en tiempos de Pandemia.

Objetivos específicos

- Conocer cómo ha afectado los dos años de pandemia en la Salud Mental de las mujeres inmigrantes, explorando en las estrategias de afrontamiento que utilizan y han utilizado para salvaguardar la misma.
- Abordar cómo ha afectado la pandemia en la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de las mujeres inmigrantes, indagando en las estrategias de afrontamiento que han utilizado tanto en tiempos de confinamiento, como en la actualidad para salvaguardar las mismas.
- Indagar en los recursos que pudieron acceder en tiempos de confinamiento y posteriormente hasta la actualidad.

4. METODOLOGÍA



Para elaborar esta investigación sobre salud mental y salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes de Guipúzcoa en tiempos de pandemia y poder entender sus estrategias de afrontamiento, se utilizó una metodología cualitativa y analítica basada en diferentes herramientas en la recopilación de datos, como son: revisión bibliográfica, encuestas, entrevistas y grupo focal.

Previo a la recopilación de información se consideraron las siguientes temáticas, de acuerdo con la importancia de entender la situación de las mujeres migrantes en contextos de vulnerabilidad como es la crisis por COVID19 y los impactos que ésta desencadenó:

1. Acceso a servicios de salud y sanitarios: especialmente en el ejercicio de los Derechos SSR.
2. Efectos directos de la crisis sanitaria en la vida de las mujeres migrantes.
3. Estrategia de afrontamiento frente a la crisis sanitaria.
4. Derechos económicos y laborales.
5. Respuesta y acción institucional, en dos líneas: atención de calidad y acceso al sistema de servicios públicos con transversalización del enfoque de género.

La investigación fue realizada en tres fases que son:

FASE RECOPIACIÓN, REVISIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN DE FUENTES SECUNDARIAS

Para esta fase se procede con la revisión y procesamiento de información de fuentes secundarias como datos estadísticos sobre brechas de desigualdad de género, investigaciones sobre salud mental y derechos sexuales y reproductivos, así como, información sobre las

mujeres en situación migratoria en Guipúzcoa.

A partir de conocer el contexto de la migración y sus vulnerabilidades desde el trabajo que realiza las organizaciones Haurralde y Malen Etxea se realizó un levantamiento y revisión de fuentes bibliográficas que permita complejizar los matices que tiene la crisis sanitaria sobre la vida de las mujeres migrantes sobre su salud mental y su salud sexual y reproductiva.

FASE DE LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para el trabajo levantamiento de la información se contó con la participación de mujeres migrantes de los programas de Haurralde; Asociacion Agisas; Asociacion Eskuak Zabaltzen; Asociacion Mujeres de Nigeria , Asociacion IMME. En el mismo sentido, mediante un trabajo diferenciado con las mujeres participantes por sus identidades, edades y situaciones particulares de acceso a derechos se diseñó e implementó una encuesta que nos permitiera entender la muestra de personas, sus complejidades y caracterizarlas. Se recopilaron entrevistas a 77 personas, se preparó por parte del equipo de investigación un protocolo previo de recogida de información. Se informó a las y los participantes sobre el objetivo del estudio, y se recogió de manera presencial sus consentimientos verbales respecto a protección de datos según legislación vigente. Las entrevistas se llevaron a cabo de manera presencial a lo largo de un mes. Las entrevistadoras fueron el equipo de investigadoras junto a estudiantes de trabajo social y psicología en prácticas en Haurralde; que junto con el equipo de investigación realizaron una primera muestra para unificar criterios y adaptar la encuesta y dudas que hubieran surgido. Las entrevistas fueron diseñadas para tener una duración de máximo 20 minutos.

Además, se utilizó una metodología de tipo cualitativo con técnicas, diseño de instrumentos y herramientas para recolectar y registrar la información en la investigación, donde se desarrollaron entrevistas de carácter individual dirigidas a profesionales y mujeres específicas de interés y se aplicó la técnica de investigación cualitativas como es el grupo focal.

GRUPO FOCAL

Los grupos focales según Hamui Sutton & Varela Ruiz (2012) son: un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos. Asimismo, se plantea que puede ser como una entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigadoras y las y los participantes, con el propósito de obtener información; es un método de investigación colectivista, más que individualista, y se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de las y los participantes, lo hace en un espacio de tiempo relativamente corto.

Esta técnica es particularmente útil para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, que permite examinar lo que las persona piensan, cómo piensan y por qué piensan de esa manera. (Kitzinger,1995; Martínez Miguélez, 1999, citado en Hamui Sutton & Varela Ruiz, 2012). El trabajar en grupo facilita la discusión y activa a las participantes a comentar y opinar aún en aquellos temas que se consideran tabú, lo que generará riqueza de testimonios en torno a la realidad que se investiga.

Hamui Sutton & Varela Ruiz (2012), señalan que la intencionalidad de los estudios cualitativos, en este caso con la técnica de grupo focal, se centran en la comprensión de una realidad construida históricamente y analizada en sus particularidades a la luz del sentir y la lógica de sus protagonis-

tas. Técnicamente, utiliza el método inductivo con una perspectiva holística. Su diseño es flexible y muestra resultados cualitativos. González destaca, por un lado, que la epistemología cualitativa defiende el carácter constructivo-interpretativo del conocimiento, lo que implica destacar que el conocimiento es una producción humana, no algo que está listo para identificarse en una realidad ordenada de acuerdo con categorías universales del conocimiento; por otro lado, la epistemología cualitativa es la visión de las investigaciones sociales como un proceso de comunicación, un proceso dialógico. Este principio se sustenta en que gran parte de los problemas sociales se expresan de manera directa o indirecta en la comunicación de las personas. La comunicación es una senda para conocer los procesos de sentido que caracterizan a los sujetos individuales y a través de éstos, conocer la forma en que diferentes condiciones objetivas de la vida social afectan a las personas (González, 2007, citado en Hamui Sutton & Varela Ruiz, 2012).

Criterios de selección de participantes en grupos focales:

- Mujeres de 16 a 30 años.
- Mujeres de 30 a 45 años.
- Mujeres de distintos orígenes.
- Mujeres que acuden a distintos servicios sociales de base en Guipúzcoa.

ENTREVISTAS

Rosana Guber (2008), propone que la entrevista es una de las técnicas más apropiadas para acceder al universo de significaciones de los actores, identifica varios tipos de entrevistas: las entrevistas dirigidas, las semiestructuradas y nos habla de la entrevista antropológica o etnográfica, también conocida como entrevista informal o no directiva, en la cual se añade el bagaje técnico metodológico del que se ha valido la antropología para conocer otras sociedades y culturas. Esta autora pone énfasis en el contexto, donde las preguntas y respuestas son parte de una misma reflexión, donde lo que se diga, por parte de las y los actores investigados, será incorporado por el investigador a su propio contexto interpretativo, donde lo verbalizado las y los participantes tendrá sentido para la investigación y el universo cognitivo del investigador. Por estas razones, para la realización de la presente investigación se utilizó los tipos de entrevistas planteados por Guber que permitieron conocer el mundo simbólico de las y los participantes con relación a las temáticas mencionadas previamente.

Actoras identificadas para entrevistas a profundidad:

- Mujeres de 16 a 30 años.
- Mujeres de 30 a 45 años.
- Mujeres de distintos orígenes.
- Profesionales

FASE DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se utilizó la propuesta de Hamui Sutton & Varela Ruiz (2012) & Guber (2008) que consistió en: elaborar un primer árbol categorial basado en los instrumentos diseñados tanto para el grupo focal, entrevistas, encuestas y referencia bibliográfica. A partir de los códigos se forman unidades, categorías y patrones, con el fin de identificar y explicar las percepciones de las personas en torno a los contextos, situaciones, hechos y fenómenos; esto se realizó teniendo como referencias a los objetivos de investigación y los supuestos del estudio. Se inicia con la descripción, luego con el orden conceptual de los datos de acuerdo a propiedades y se contrastan con los datos obtenidos de la fase recopilación, revisión y procesamiento de la información de fuentes secundarias.

5. RESULTADOS



5.1.- Resultados estadísticos.

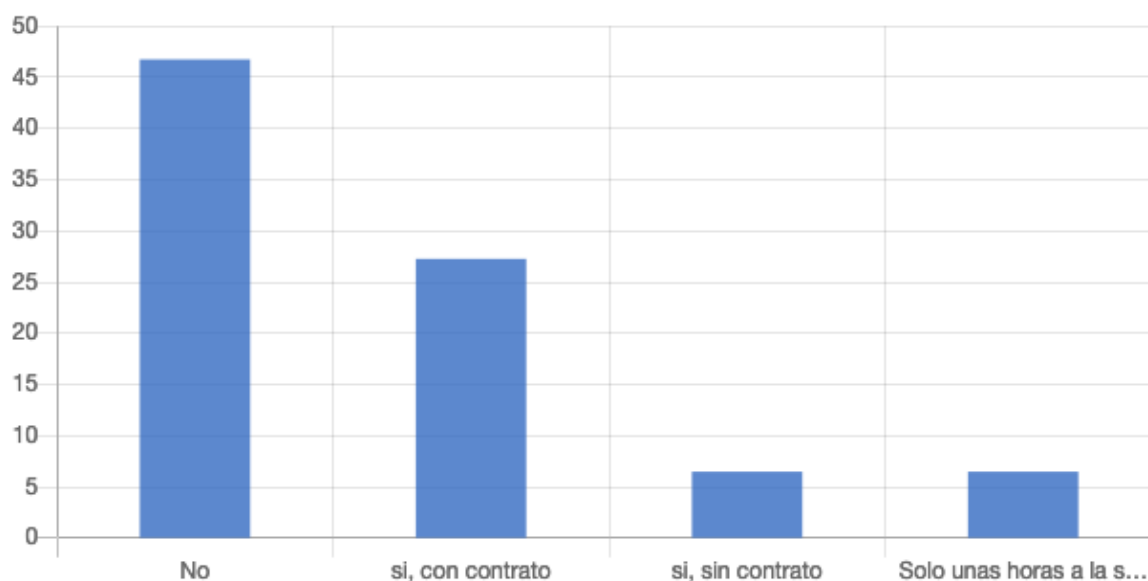
Se realizó durante el periodo de un mes la encuesta a un total de 77 personas encuestadas, de las cuales el 100% son migrantes, acuden y/o participan de servicios para mujeres migrantes dentro de Guipúzcoa. El 90% se identifica como mujer, se entrevistó a un hombre, y una persona no binaria.

La identificación étnica es 32.4% latina, 23.3% árabe, 20.7% blanca, 7.7% afro, 5.1% mestiza y 1% indígena. De igual manera el país de origen de las mujeres entrevistadas es principalmente Nicaragua y Marruecos, continúa con: España, Honduras, Nigeria, Ecuador, Argelia, Argentina, Venezuela, Colombia, Sahara, Rusia, Guatemala, Guinea ecuatorial, Bulgaria, República Dominicana, Perú, Argelia, Senegal y Uruguay. De las cuales el 78% son heterosexuales, 19% bisexual, 2% homosexual, 1% asexual.

La mayoría del estado civil de las mujeres entrevistadas es soltera (28.5%), casada (24.6%), divorciada (22%) y menos representativo de 10% se encuentra: separada, viuda, y unión libre. La media de número de hijos/as de las personas entrevistadas es 2.6, es decir, que la mayoría tiene al menos 2 hijos/as. Las mujeres entrevistadas dijeron además que al menos 3 personas dependen de ellas, es decir que existe una media de dependencia de 3.2.

La mayor parte tiene documentos, y su estado administrativo es de residente (63.6%), documentos vencidos (15.5%) y refugiada (3.9%).

De las 77 personas encuestadas el 79% respondieron que sí tienen tarjeta sanitaria y el 20% que no la tienen. Sobre el trabajo, el 47% respondió que no se encuentra trabajando y el 27% que sí, con contrato.

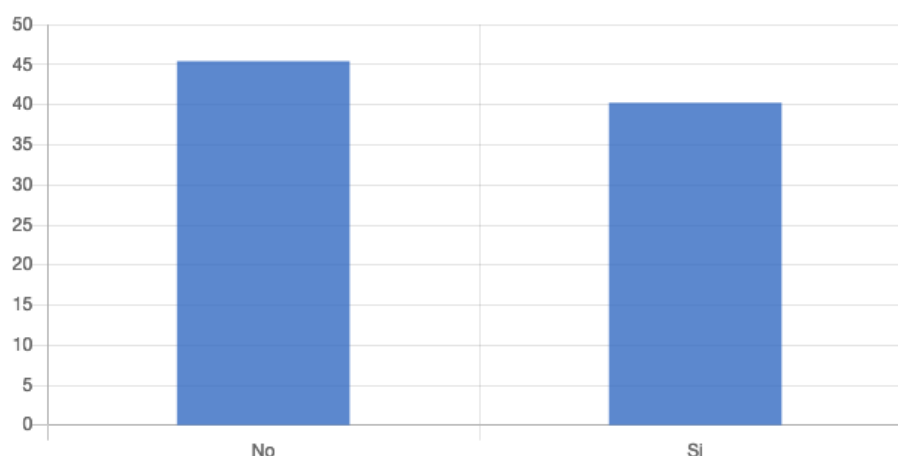


De las cuales, el 17% respondió que trabaja menos de 20 horas a la semana y el 14% respondió que menos de 40 horas a la semana.

Los trabajos más comunes que se registraron son: cuidado a personas de la tercera edad (12%), asistente de hogar (10%), limpiadora pisos (8%), el resto de trabajos registrados son: vendedora, ama de casa, auxiliar médica, interna, venta por cuenta propia, limpieza de comercios, ayudante de cocina, envasadora de alimentos, repartidora, peluquera, camarera, panadera, y profesora.

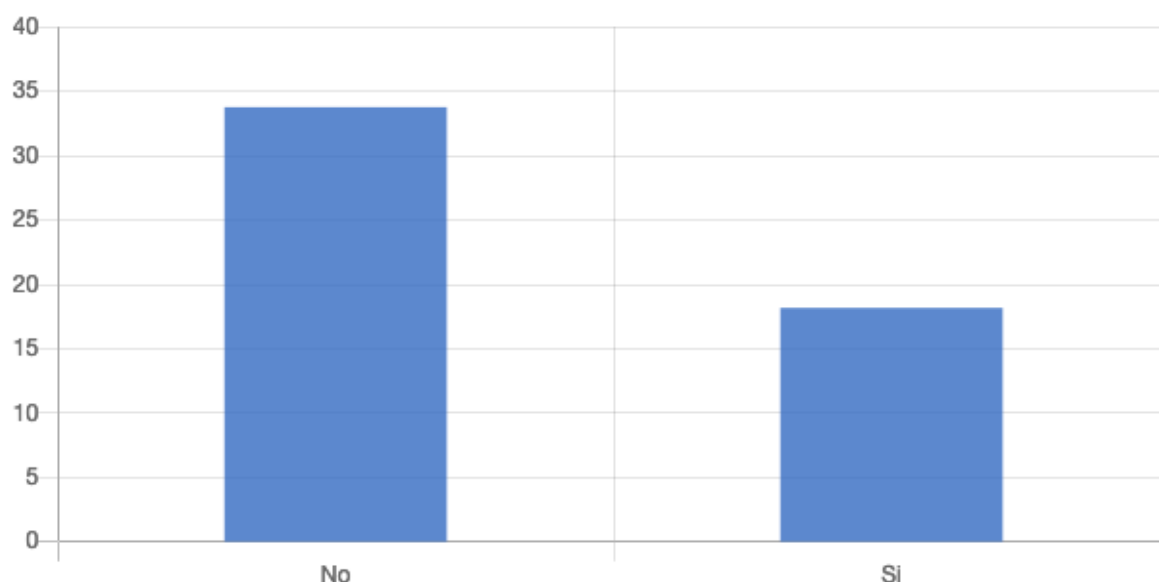
¿Tuviste que recurrir a algún servicio social durante la pandemia?

De las personas entrevistadas, el 50% dice que tuvo que recurrir a servicios sociales durante la pandemia, y el 50% que no lo hizo.



Los servicios más comunes contactados son: trabajadora social de los servicios de base, ayuda de emergencia de parroquias, Cruz Roja, Haurralde Fundazioa, Caritas, Ayuntamiento Oiartzum, Malen Etxea.

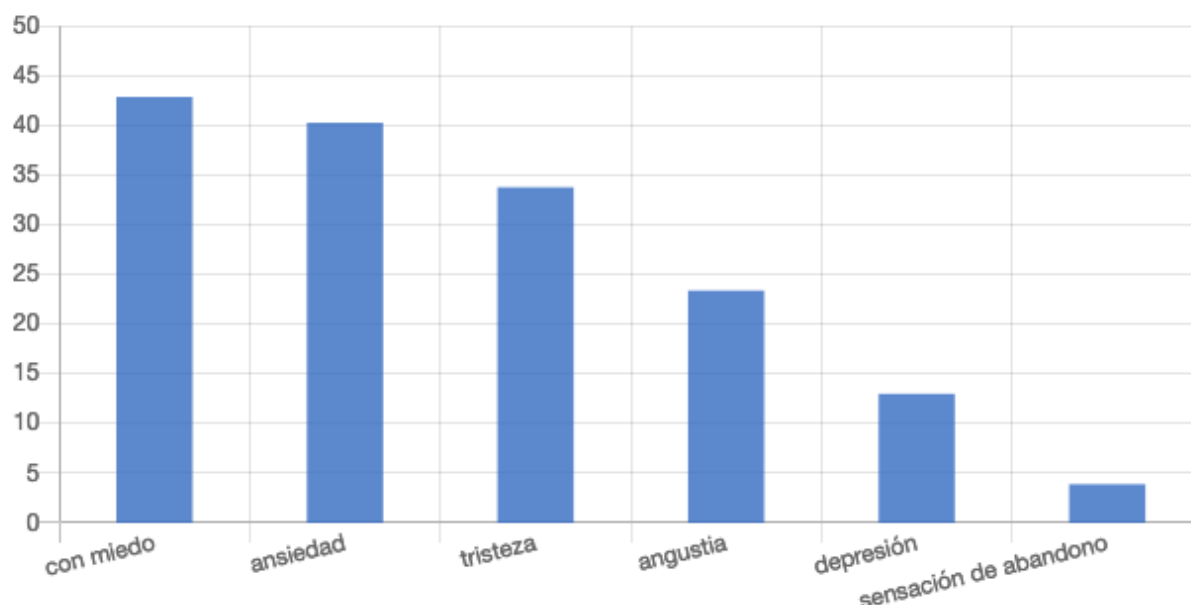
¿Tuviste que tramitar algún tipo de ayuda de la administración vasca como consecuencia de la pandemia?



Los tipos de ayuda que se registraron fueron: RGI, ayudas de emergencia como AES, abono de ayuda de alquiler, servicios de luz, banco de alimentos, etc.

¿Cómo te sentiste cuando empezaron las alertas de pandemia?

Más del 50% de las mujeres que respondieron la encuesta dijeron haber sentido miedo, ansiedad, tristeza, angustia, depresión y sensación de abandono. No obstante, como se ha recogido anteriormente, resulta importante tener en cuenta que posiblemente, entre las mujeres participantes, se encuentren mujeres con dificultades para vivenciar, identificar, nombrar y elaborar estados emocionales. Por lo que cabe pensar que gran parte de la experiencia emocional de las mujeres en situación de vulnerabilidad, y sobre todo durante el periodo de la crisis sanitaria, ha sido invisibilizada.

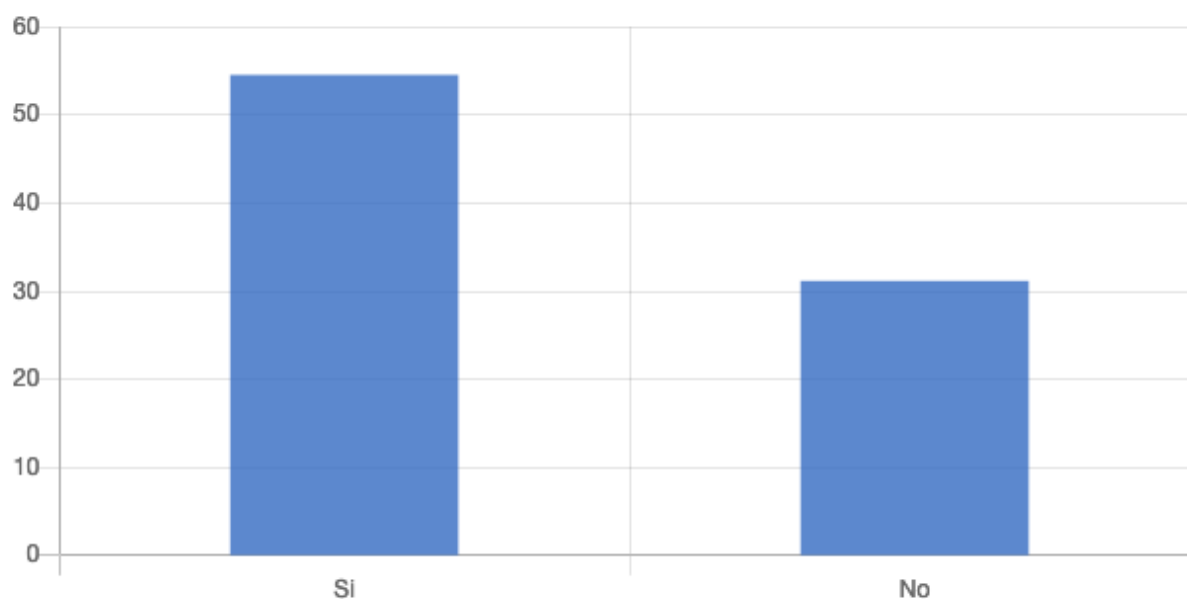


El 70% de las mujeres entrevistadas tuvieron problemas para conciliar el sueño. El 90% de las mujeres entrevistadas niegan haber accedido a ayuda de servicios psicológicos privados, sin embargo, un 10% afirma haber accedido. Estos fueron brindados principalmente por fundaciones/ONG's/asociaciones, sistema público y finalmente un pequeño número accedió al sistema privado.

Dentro de la encuesta se preguntó a las mujeres entrevistadas sobre sus estrategias para sobrellevar el estrés y miedo causado por la crisis sanitaria a nivel psicológico a lo cual la mayoría respondió: que el tiempo ayudó a superarlo, muchas se refugiaron en la espiritualidad, buscaron apoyo en amigas y amigos, buscaron apoyo en la familia, buscaron dispersión en otras actividades y buscando también apoyo psicológico en especial en organizaciones que pusieron servicios gratuitos a disposición, online y luego presencial.

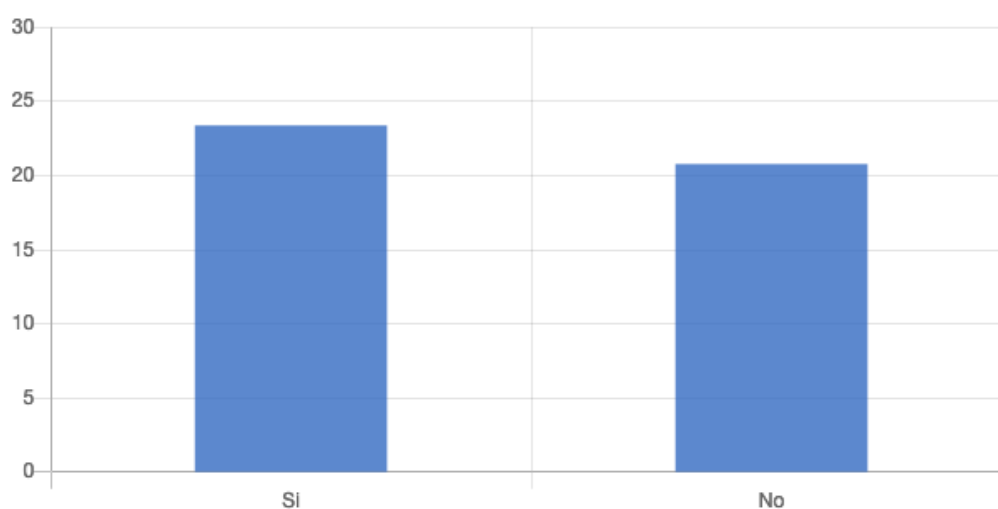
Respecto a SSSR; el 40% de mujeres se realizan chequeos gineco-obstétricos una vez durante el año, el 25% dijo que no se hace chequeos, y el resto 2 o más veces participa de controles gineco-obstétricos dentro del sistema vasco de salud pública. La atención dentro del sistema de salud pública es apreciada como buena según la mayoría de entrevistadas que acceden al mismo, de igual manera, un 15% de las entrevistada dijo haber sufrido discriminación por su género, cultura o identidad en este mismo sistema público Vasco de Salud.

¿Durante la pandemia fue fácil conseguir productos de higiene íntima?



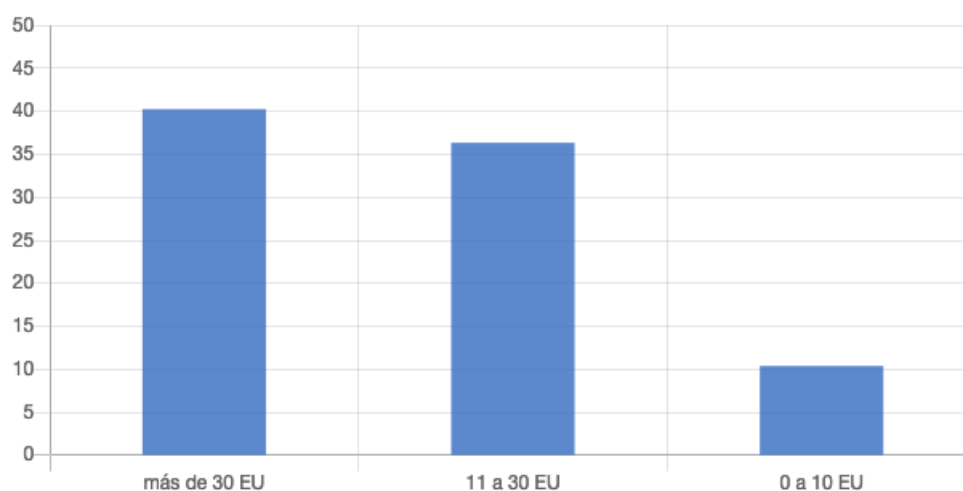
Esta pregunta obedeció a la necesidad de conocer situaciones reales de pobreza menstrual, ya que las demandas en los servicios de Haurralde, y el resto de las organizaciones de mujeres era muy alto, y constante durante el 2020/ 2021. Los productos más comunes utilizados por las mujeres de la familia (madre, hijas, hermanas) son papel higiénico y compresas, principalmente, seguidos de pasta de dientes y jabón, y muy pocas afirman usar tampones o copa menstrual. La mayoría refiere no existir dificultad en conseguir los productos citados, la dificultad la marcaron en el acceso al consumo de los mismos, dado que la situación económica era apremiante como para adquirirlos.

¿Durante la pandemia pudiste adquirir pañales fácilmente?



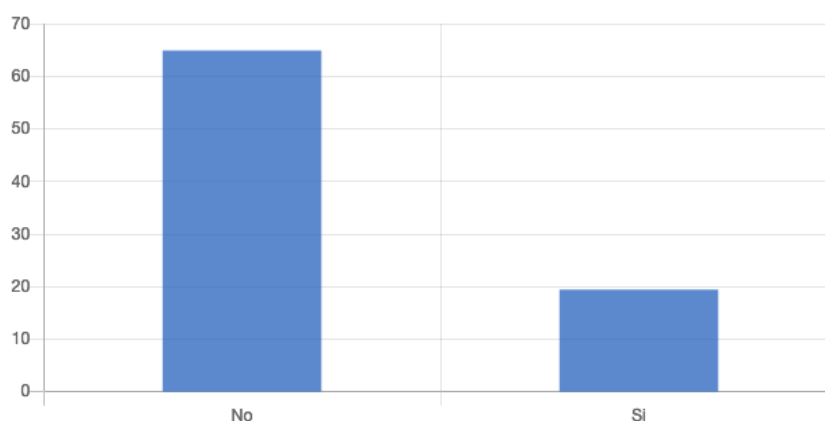
Otro de los productos estrella que las mujeres demandaron de manera permanente, han sido los pañales, los cuales también tienen un coste importante para las economías domésticas y en situación de extrema precariedad. En los casos que fue difícil acceder a pañales, las mujeres afirman que tuvieron que reducir el consumo al máximo, fabricar sus propios pañales de tela y/o buscar ayuda de organizaciones no gubernamentales. No siempre conseguían las tallas adecuadas para la edad del niño o niña, pero se han arreglado estirando en los casos que eran tallas pequeñas con cinta adhesiva, y en los casos que las tallas eran mayores, de un pañal intentaban sacar dos.

¿Cuánto dinero gastas al mes en higiene íntima?



El 40% de las entrevistadas dijo gastar más de 30 euros al mes, el 35% entre 11 a 30 euros al mes, y menos del 30% entre 0 y 10 euros al mes. Se considera que en el apartado de "higiene íntima" las mujeres han contemplado jabón, champú, pasta de dientes y otros productos similares. Hay que tener en cuenta que estos productos no son contemplados en las entregas de los bancos de alimentos.

¿Has sufrido violencia o discriminación por parte de los servicios sociales y/o técnica/o de los mismos?



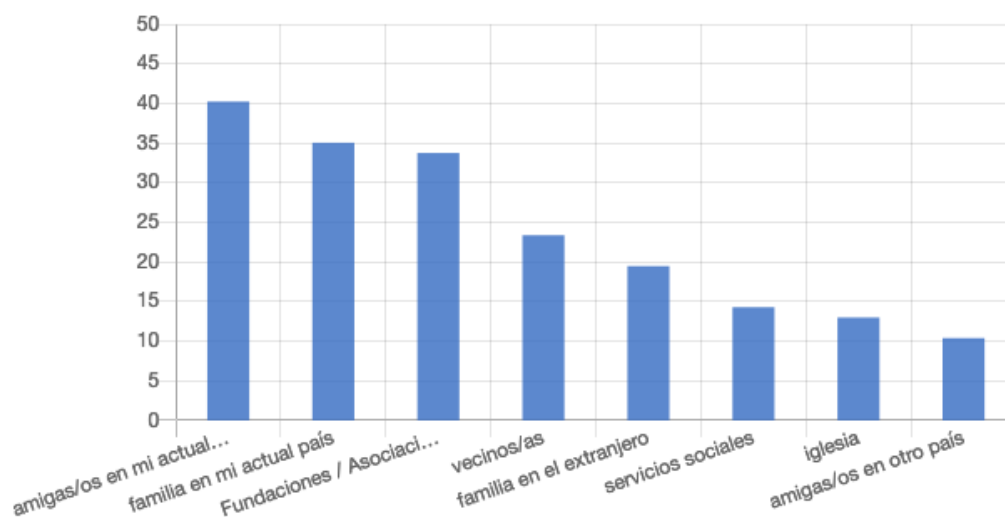
Los servicios sociales son la puerta de entrada más cercana y utilizada por las personas migradas y/o en exclusión social. Las discriminaciones y /o situaciones de violencia indirecta se materializan en un trato diferenciado, y, desde una connotación negativa que impide que las personas puedan acceder a sus derechos en igualdad de condiciones. La pregunta se gestó en el marco de conocer si el género es un motivo de discriminación.

Más del 80% de las mujeres entrevistadas coinciden en que el trato por parte de técnicas/os o dentro de los servicios sociales ha sido el adecuado, cuando no el de apoyo y ayuda. Sin embargo, existe un 20% de esta misma población que dice haber sido víctima de discriminación y/o algún tipo de violencia o actitud que entiende como violencia.

Dentro de las descripciones sobre la violencia vivida se identifican los siguientes: cuestionamientos a las decisiones de las mujeres, discriminación por ser mujer migrante y comentarios fuera de lugar durante las sesiones o consultas con el personal técnico, del estilo “no tendrías que haber venido”, “no entiendo como tienen tantos hijos”, etc.

Otras preguntas hacen referencia a las posibles redes de apoyo.

¿Con qué redes contaste para sobrellevar la pandemia?



La gran mayoría pudo citar a familia extensa como red primaria, las amistades jugaron un papel primordial; que dentro de sus actuales ciudades y/ o pueblos fueron las principales, seguidas de familia y organizaciones sociales en su localidad. En menor cantidad vecinos/as, familia en el extranjero, servicios sociales, iglesia y amigas/os en otro país. Llama la atención que las mujeres citaran a los “servicios sociales” como una red de apoyo; concuerda con la percepción de cercanía que un 80% de las entrevistadas mencionó en el apartado anterior como positivo cuando no de ayuda y cercanía. En un 15% la iglesia juega un papel activo de referencia, es el caso de la iglesia adventista y/o testigos de Jehová, más que de la iglesia católica.

5.2.- Grupo focal

Con el fin de profundizar en la temática de salud mental y salud sexual reproductiva en tiempos de pandemia, se realizó un grupo focal con mujeres que participan en los servicios integrales de

Haurralde, Asociación de mujeres migradas Malen Etxea, Asociación IMME; Asociación Mujeres de Nigeria entre otras; mujeres que se identifican como migrantes y se encuentran entre los 20 a 60 años, dando un margen de amplitud en la edad para comprender sus percepciones sobre la salud mental, salud sexual y reproductiva y finalmente, sus estrategias de afrontamiento frente a la crisis humanitaria y sanitaria por COVID19.

A medida que las mujeres fueron llegando, se les pidió que, de manera individual, escribieran en un papel las primeras 3 palabras que se le venían a la mente cuando se les decía confinamiento del 2019. Las mujeres contestaron principalmente desde la emoción que les evoca el recuerdo del confinamiento. Las palabras más utilizadas se presentan en la siguiente figura:



Posteriormente, las participantes realizaron una valoración inicial del enfrentamiento a este contexto adverso donde muchas expresaron que perdieron el trabajo y aumentó el nivel de estrés y ansiedad con respecto a su vida y relaciones interpersonales. Sin embargo, rescataron de manera general como positivo que pudieron pasar tiempo en familia, encontrar asociaciones de apoyo, buscar la cooperación y empoderamiento.

“Quedarme mucho tiempo en casa y haber sido botada del trabajo generó mucho estrés en mi vida, la preocupación era todos los días cada vez mayor sin entender lo que pasaba afuera y encerrada” (Participante Grupo Focal, 2021).

“Siento que somos más ordenados gracias a la situación de Covid, antes éramos más desordenados ahora se entienden los motivos de poder seguir ciertas órdenes” (Participante Grupo Focal, 2021).

La mayoría de las participantes coincidieron con que la salud mental es la manera que tenemos de manejar nuestras emociones y lo que afecta nuestra psiquis, en este sentido, todas reconocen los efectos sobre su salud mental de la pandemia, de la situación de vulnerabilidad que les produce sus situaciones migratorias y, además, de los estereotipos de género de carácter sexista que afectan sus vidas.

Algunas de las **percepciones sobre la salud mental** y los efectos del confinamiento en la misma:

“Yo entiendo por salud mental cuando nosotras estamos conectadas, es decir nos relacionamos, porque si estás conectada estás bien, pero si te desconectas te afecta. Con el confinamiento, retrocedes en estas relaciones, no había posibilidad de salir corriendo, se acaba con los planes, se dañan todo lo que planificas, retrocedes” (Participante Grupo Focal, 2021).

“Para mí la salud mental es muy variable, he vivido de cerca un estrés muy fuerte que no supe aceptarlo. Yo no supe cómo enfrentar la depresión de otras, por ejemplo, de mi amiga que se metió en un caparazón, por más que estábamos las amigas pendientes, se metió en el caparazón y supimos que quiso atentar contra su vida, mostrando una carencia de tener salud mental, es decir querer atentar contra la vida” (Participante Grupo Focal, 2021).

“Salud mental es el equilibrio de lo que venimos arreglando y aprendiendo en nuestras vidas, el COVID nos afectó, pero venimos construyendo ese equilibrio desde cómo nos criaron, después como vivimos, y puede dañarse cuando hay personas que lo violaron. Nuestro equilibrio mental en países que no son nuestros donde no conoces a nadie se ve afectado” (Participante Grupo Focal, 2021).

“Acceder a la salud mental se ha visto facilitada con la formación y la asociación, por ejemplo, cuando caemos en depresión o nos encerramos” (Participante Grupo Focal, 2021).

Las participantes pudieron compartir algunas de las situaciones por las que tuvieron que **atravesar durante el confinamiento** y los efectos de la pandemia en su día a día. Y en estos pasajes se observa cómo hay mujeres que son capaces de identificar cuáles han sido sus experiencias afectivas y cómo hay mujeres que viven en una desconexión afectiva como estrategia de supervivencia:



"Viene sentimientos algunas veces de que no podemos más, yo tenía trabajo, salía a andar, y de repente me quede sin poder salir y sin trabajo, con mis hijos en otro país necesitando de recursos y de atención. Sí no nos volvimos locas es porque tenemos gente que nos apoya, como esta asociación que ha sido como mi familia y todo, los tengo a ellas y puedo contar con ellas" (Participante Grupo Focal, 2021).

"Cuando me fracture me dio de baja el médico, mi jefa se enfadó y no me pagó el mes, y después me dio COVID, entonces yo me di fuerza a mí misma para salir y encontrar otro trabajo, mis amigas me llamaban y todos los días en mi cuarto me daba fuerza y fortaleza" (Participante Grupo Focal, 2021).

"El primer año de confinamiento y COVID estaba atacada de los nervios, me daba miedo salir, ver a los vecinos, iba al supermercado con la mascarilla, con los guantes, llegaba y me iba directo para la ducha. Ese nivel ha bajado, las mañanas que me levantaba y veía las noticias, decía vamos a morir todos, yo llorando que tenía hijos. Ahora está mejor, entendí cómo funciona, y sufrir hemos sufrido todas, yo gracias a dios lo he pasado tranquilo, mi familia a la distancia lo pasó y casi muere mi suegra" (Participante Grupo Focal, 2021).

"La mayoría de nosotras estamos acostumbradas a vivir encerradas, porque a las trabajadoras internas nos dan dos horas al día para salir. Yo no tuve miedo. Las extranjeras hemos estado siempre encerradas, entonces me pareció igual. No tengo miedo y no me ha dado. Tengo fe en Dios, por eso no me ha dado" (Participante Grupo Focal, 2021).

"Yo llegué aquí en el momento del COVID, yo no sabía que estaba embarazada de mi hijo, vino con suerte, tenía miedo, estaba aquí sola, no tengo familia ni amigos, no tengo con quien hablar, solo con mi familia en WhatsApp, estaba en la casa sola, la ciudad estaba un mundo nuevo, como una mujer migrante, como la cultura, como por ejemplo cuando quiero comprar algo, no se a donde ir, a donde salir con mis hijos, estaba sola y tenía miedo, las fronteras estaban cerradas. Mi marido me dijo que no tenemos otra solución, tenemos que esperar que Marruecos abra, mi hijo nació aquí y ha ayudado mucho. Estábamos sufriendo este tiempo con el COVID" (Participante Grupo Focal, 2021).

"Hay personas que llegaron a un nivel de estrés donde tuvieron que irse, yo había días que me estresaba mucho más, todos hablamos por teléfono para no quedarnos pensando cosas, yo vivía con una paisana, y teníamos dos hijos, ella se fue a Francia con sus hijos por que no podía más con el estrés, y yo me quede solita" (Participante Grupo Focal, 2021).

"A todas nos afectó el confinamiento, yo tuve un trabajo de 4 años y 6 meses, el señor tenía 94 años, solo podía salir 2 horas al día. Esto me afectó, porque sentía que nada cambiaba a mi alrededor" (Participante Grupo Focal, 2021).

"De manera personal afecto, teníamos trabajo estable, pero nos quedamos sin nada. Mi marido es cocinero, pero cerraron todo, y estuvo 3 meses sin cobrar, fue muy difícil. Desde que lo mandaron tardaron en pagarle, todos los restaurantes y tiendas que tenían tuvieron que cerrar, eso afectó" (Participante Grupo Focal, 2021).

Algunos de los **afrentamientos más comunes** a los cuales se refirieron las participantes fueron la importancia de acceder a la información de ayudas de manera oportuna, las formaciones de las organizaciones para mantenerlas juntas y reunidas en torno a otras temáticas y la importancia de encontrar autoestima y ocio en sus vidas. Otras mujeres tendieron a estrategias de afrontamiento evitativas, tratando de eludir el malestar, posiblemente, por el desbordamiento que supondría hacer frente al dolor y por el desbordamiento que implicó la crisis sanitaria, que como se ha ido viendo, tuvo gran repercusión en las mujeres participantes.

“Somos mujeres y podemos, somos acompañadas, pero podemos, no tenemos por qué depender de una persona en especial para decir que sí podemos” (Participante Grupo Focal, 2021).

“Implica nuestra propia fuerza y voluntad y deseo que tenemos con nosotras mismas, sino tenemos esa característica, nos lleva al abismo de la vida. Estoy sola en este país y yo misma me doy fortaleza y me doy fuerza para decir sí puedo” (Participante Grupo Focal, 2021).

“La salud mental se ha visto facilitada con la formación y la asociación. Cuando caemos en depresión, la salud mental habla de muchas cosas, cuando nos deprimimos y nos encerramos. Ahora siento que, con las ayudas económicas, y distintas ayudas podemos” (Participante Grupo Focal, 2021).

“Poner videos en Youtube, aprender nuevas cosas y entretenerme fue la única solución” (Participante Grupo Focal, 2021).

“Salimos a buscar cursos, trabajamos como voluntarios en la fundación, yo estaba en la fundación y mi marido en nivel dos de comercio, en cursos. Y muchas cosas se mejoraron, estamos en cursos. Solo así fue más difícil” (Participante Grupo Focal, 2021).

“El confinamiento fue otra experiencia más, fue algo que nadie esperaba, cada uno estaba allí pensando en su mente que puedo hacer, estás en una situación sin trabajo, otra experiencia más donde he aprendido. Al afrontar esta situación siento que puedo afrontar más de este tipo de situaciones” (Participante Grupo Focal, 2021).

“Hay una cosa que te libera la mente, es bailar y cantar. Llegar a su casa ponga una música y se ponga a bailar. Yo siempre lo hago” (Participante Grupo Focal, 2021).

“Antes de irme a dormir me pongo música para dormir más tranquila” (Participante Grupo Focal, 2021).

En el caso de la **salud sexual y reproductiva** fue más difícil lograr que las participantes puedan hacer referencia a este término puesto que su concepción sobre la misma abarca únicamente el sexo y la reproducción como ámbitos de la salud sexual, algunas de las referencias que se observan son:

“Cuando tienes una salud reproductiva tiene que ver con salud sexual, es decir con salud sexual es una parte del matrimonio” (Participante Grupo Focal, 2021).

“Lo que es el sexo para la persona, es muy bien para la mente, te despierta neuronas en el cuerpo” (Participante Grupo Focal, 2021).

“Me vi afectada en mi salud sexual, se debe a que no tengo tiempo, y existe un deterioro de las relaciones de pareja. Yo estuve casada 20 años y tuve 4 hijos. El cuidar de los hijos, del marido, la pareja se deteriora, no sabemos cómo llevar, es un equilibrio de dos, el problema es que no tenemos cómo dejar los niños, vas a tomarte un café y no hay con quien dejarlos” (Participante Grupo Focal, 2021).

“Que la mujer está con mucho estrés y estar con su novio le quita el estrés. Y cómo latina nos da pena (vergüenza) hablar de esas cosas, y son cosas normales. Son cosas de la vida” (Participante Grupo Focal, 2021).

Algunas de las participantes hicieron referencia de la importancia de los servicios y organizaciones que prestan atención y sus experiencias usando estos servicios públicos:

“Yo tuve que llamar a mi médico de cabecera, me dolía la cabeza, estaba con estornudo y tenía mucho estrés. Llamé a mi médico y la prueba de la farmacia salió negativo, mi médico me dio todos los medicamentos. Todo esto me paso por el estrés” (Participante Grupo Focal, 2021).

“Tuve que cuidar a mi cuñada, sobrinas y no me daba tiempo de estresarme, pero no acudí a ningún servicio” (Participante Grupo Focal, 2021).

“Como migrantes tenemos ayuda, entrar a la internet y ver todas las ayudas que hay, gracias a mi enfermera me pude enterar de esto” (Participante Grupo Focal, 2021).

Muchas de las participantes dijeron no saber que existían servicios públicos para la salud mental y para la salud sexual y reproductiva, además aclararon que falta más información sobre su existencia, las rutas de acceso a los mismos, y subrayan que las personas que atienden los servicios muchas veces son “groseras”.

“Mayor información, cuando somos migrantes no sabes a dónde dirigirte, una que está buscando metida en internet entras y llegas después de mucho” (Participante Grupo Focal, 2021).

“A veces en los lugares de servicio, son una persona muy difícil y grosera. Una tiene que hacerse fuerte, desde lo mismo mental nosotras tenemos que ser fuertes” (Participante Grupo Focal, 2021).

5.3.- Entrevistas en profundidad

Entrevista 1

Se realizó la entrevista a María Julia Zubimendi Carrizo, matrona de la unidad de parto Donosti, quien lleva 12 años ejerciendo su profesión. Este acercamiento a cómo se modificaron los servicios de atención en salud sexual y reproductiva permite ver que los mismos, no estuvieron preparados para enfrentar la pandemia, especialmente fueron afectados estos servicios quedando sin insumos al comienzo de la misma. El trabajo de María Julia Zubimendi Carrizo consiste en acompañar a las mujeres en el proceso de parto y posparto dentro del hospital, es decir, la atención de la mujer durante todo el ámbito de la salud sexual y reproductiva, desde la adolescencia hasta la menopausia. Dentro de lo profesional comentó lo difícil que significó la adaptación de nuevos protocolos para la

atención, las dificultades que esto significó en el comienzo de la pandemia para el acceso.

“Al principio, había una incertidumbre al no conocer a este virus, luego pasamos una época de falta de recursos, después hemos tenido que adaptarnos para seguir manteniendo nuestro contacto con las pacientes mujeres.”

De acuerdo con la matrona, se ha aprendido en este tiempo la importancia del acompañamiento, de los grupos de apoyo y se han valorado espacios que no se consideraban anteriormente tan importantes como son los grupos de preparación al parto cara a cara, todos los grupos de menopausia: “...algunos nos han costado empezarlos y no se ha logrado que se retomen”.

“Se cortó prácticamente todo, los insumos e intentamos adaptarnos y volver a revisar nuestra forma de actuación. Adaptamos de manera telefónica la atención para llegar y ayudar a las mujeres, para no dejarlas en este contexto de salud sexual y reproductiva, como en esta época del embarazo. Fue poco a poco, los anticonceptivos, empezamos de manera telefónica y nos fuimos adaptando a los protocolos para que empezara a llegar a esas mujeres, especialmente si tenían un factor de riesgo.”

Dentro de los aprendizajes que menciona la profesional, ha sido sumamente importante volver a atender a las mujeres con vulnerabilidades de manera presencial y poder continuar después vía telefónica, pero atenderlas. Ver y sentirse vistas, reconocerse y ser reconocidas, tener un lugar propio y un lugar en el otro, es esencial en el desarrollo de una salud mental plena. Y ese ser vista, ser alguien en la relación con el otro y ser reconocidas es más fácil de obtener en la atención directa.

“Un aprendizaje es la importancia del acompañamiento esencial, la versión telefónica es una realidad y también darle importancia al acompañamiento presencial, el crear grupos de mujeres que están viviendo los mismos procesos y que accedan a los grupos que pueden existir para acompañarse entre ellas.”

“Hemos aprendido también que existen varias formas de acompañar, por ejemplo, es algo positivo utilizar diferentes herramientas como las tecnológicas.”

Finalmente, concluye mencionando que su trabajo se ha adaptado a los nuevos protocolos, y que se ha retomado a medida que ha ido conociéndose más del virus y las formas como los servicios de salud pueden retomar su contacto con las usuarias.

“En el embarazo nuestro trabajo es muy protocolario, es muy administrativo, esa parte nos adaptamos bastante bien, ese proceso es importante mantener el contacto, para que puedan acceder a los anticonceptivos. Nadie tenía previsto este virus y nos ha dado otras formas de referirnos a los asuntos. Ahora estamos más preparados para hacerlo más eficaz.”

Entrevista 2

Se realizó la entrevista a Eider Goiburu, psicóloga social que gestiona la escuela de empoderamiento de mujeres de Orio donde organiza diferentes actividades con el objetivo de conseguir la sensibilización del pueblo dado que en sus palabras: “...el empoderamiento se da cuando hay un cambio de cultura en el mismo pueblo”. Lleva trabajando en temas de psicología social alrededor de 20 años, y tiene experiencia en educación sexual con adolescentes, sin embargo, en los últimos años trabaja con personas adultas y capacita a personas que trabajan con adolescentes.

Este servicio, se encarga de acompañar a grupos de mujeres en sus procesos de potenciación en todo lo que tiene que ver con la sensibilización del género, en sus relaciones, bienestar y salud. Durante el primer momento de la pandemia, este espacio que trabaja desde la salud mental tuvo que cerrar lo cual según la profesional tuvo un impacto en los avances y relaciones de sus usuarias.

“Cuando nos enfrentamos a situaciones desconocidas y de mucho miedo, lo primero que hace la mente es generar un bloqueo emocional de no entender lo que está ocurriendo, sin embargo, estamos pensando todo el tiempo que vamos a recuperar la vida como la conocíamos, de tranquilizarnos y después vuelve todo como un espejismo. Ahora empiezan a aflorar las consecuencias del proceso que estamos viviendo. Hay inseguridad brutal.”

Eider menciona que es difícil hablar de salud mental y sus consecuencias específicas con respecto a la pandemia porque es muy temprano para entender en sus dimensiones como nos afecta como sociedad, de manera que existe la necesidad de asumir que estamos en una situación distinta a nivel general. Desde su perspectiva se vivió un momento muy particular, donde había mucho control sobre la vida de las personas, la muerte y la incertidumbre generaron mucho miedo.

“Todas las decisiones que van tomando los gobiernos repercuten en la vida diaria, nuestras actividades y eso está generando miedo, frustración, tristeza y enfado.”

En particular, en su trabajo con mujeres, menciona que la escuela era un lugar de refugio, donde las mujeres podían hablar de lo que les estaba pasando en su vida emocional, sin embargo, ahora existen resistencias para erte y la incertidumbre generaron mucho miedo.

“...hay una estrategia con no sacar lo que tengo adentro, me lo guardo y puedo seguir día a día adelante, por este motivo intentamos mandar un mensaje a todas las mujeres que la escuela de empoderamiento estaba y está abierta para las necesidades de las mujeres, a nivel emocional y económico también porque podíamos redirigirlo a otros servicios a nivel legal para cumplir los derechos que se estaban vulnerando.”

En general, la especialista menciona que los aprendizajes tienen que ver con darles la importancia a este tipo de espacios, es decir, reforzar estos espacios que se crean para que haya bienestar social desde lo comunitario.

“Realmente todavía la gente no lo entiende como un servicio para ellos y ellas, hay que reforzar y entender que existe un trabajo grande sobre todo el sistema, que los servicios sean fuertes y tengan una visión de todo el proceso, que tiene que estar en red. Pero la gente tiene que tener estos servicios como algo suyo. Apropiarse.”

Además, comparte que su experiencia en el sistema desde ser una profesional de la salud mental le ha permitido entender que el “sistema” no “capta” las iniciativas de promoción de la salud mental de forma clara ni suficiente para crear servicios de prevención:

“Dentro del sistema no existe, de hecho la crisis sanitaria lo hemos visto, se ha priorizado la salud física sin entender la salud mental, que una sin otra no es posible, las medidas que se han tomado han sido contraproducentes a nivel emocional, entonces esto tiene que ver con el modo que tenemos de entender la salud, sin entender que la salud integral tiene que ver con la salud emocional.”

En particular, menciona que en el caso de las mujeres migrantes y /o solicitantes de asilo, son población vulnerable por cuestiones que hacen a su propia condición de indefensión administrativa, de género, y más. Las decisiones a nivel político les afectan en sus vidas, la ansiedad de no saber qué sucedía, de estar lejos de sus familias y en un país diferente donde los papeles y trámites migratorios quedaron totalmente paralizados:

“Porque las mujeres autóctonas tienen privilegios sobre sentirse parte del país, todo se basa en unos papeles que dan una seguridad, entonces a nivel emocional (las mujeres migrantes) tienen una sensación de ansiedad, vulnerabilidad, e inseguridad. Además, existen otros factores que tiene que ver con la situación personal, tú familia, no tienes la idea de como está pasando tu familia en otro lado por lo tanto existen más factores que afectan la salud mental.”

5.4.- Entrevistas en profundidad a las usuarias

Esta serie de entrevistas fueron realizadas a usuarias de la organización Haurralde Fundazioa para entender el tipo de casos que resuelven cada día relacionados a la salud mental y bienestar de sus usuarias

Entrevista 1

Nerea de 56 años de origen vasco, es separada, con una hija mayor y nietos. Se acerca a los servicios de Haurralde debido a que necesitaba el servicio de seguridad alimentaria mensual, fue privada de la RGI. En la 1ª entrevista desde Haurralde se le explica el programa y sus dispositivos, Nerea refiere sentirse un poco sola, después de la valoración pasa a ser receptora del servicio de alimentos, y a participar en los talleres de empoderamiento a través de la costura creativa.

Nerea tiene una carga de trabajo de cuidados fuerte, dado que cuida de sus padres mayores, y con dependencia física, por lo cual no puede trabajar. Ella misma refiere tener muy poco tiempo para ella misma, “encima ahora tengo incontinencia urinaria, y debo usar toallitas, menos mal que no hago casi nada de vida social”. Tiene acceso a psiquiatría cada dos meses donde la medican; sin embargo, cree que su salud mental no ha mejorado. Agradece a Haurralde por permitirle sentirse parte de su comunidad de costura. “Hacía años que no participaba en una salida entre mujeres, ni compartía con ellas una merienda como la que hemos hecho en la salida grupal, pero años... por lo menos cuatro que no me sentaba en una cafetería”.

En la entrevista se le pregunta por las cuestiones que hacen a su salud sexual; Asume que la salud sexual tiene relación únicamente con el sexo, y su vinculación frente a las relaciones tiene referencias de violencia sexual.

“...las vidas merecen ser vividas de una manera mejor, si hubiera tenido antes una atención más personalizada igual ahora podría ser una persona con días felices, y que no me costara tanto la vida y levantarme”

“...Mi sexualidad ...terminó cuando nació mi hija, después de los abusos por parte de él, ya no volví a querer tener nada con nadie... no se si alguna vez eso funcionó, era muy joven y no sabía nada de nada, en aquella época nadie te formaba”.

Entrevista 2

Jenny es una mujer migrante de origen ecuatoriano, es familia monomarental de un niño de 6 años y

trabaja como asistente de hogar de una familia. Fue víctima de acoso mientras trabajaba, por parte del patrón de la casa, eso implicó que ella hablará con su jefa, le contará lo que sucedía, y como resultado de esa situación, su jefa le pidió que dejara el trabajo de manera inmediata, como si la culpa fuera de ella.

Jenny acude al servicio integral de Haurralde para conseguir alimentos y asesoría jurídica por la manera en que tuvo que dejar el trabajo; al no tener papeles es difícil que pueda encontrar trabajo, pero también que pueda defender sus derechos, esta situación le genera angustia, el no saber cómo van a pagar la habitación, cómo van a comer con su hijo, etc.

“Me dicen que las ayudas se cuentan recién a los 6 meses, y solo si presento contrato de alquiler de habitación y empadronamiento”

“No puedo dormir por la angustia de no conseguir trabajo”.

Durante la pandemia, este tipo de situaciones de violencia dentro de los espacios del hogar para las mujeres fueron una realidad, el “monstruo” convive en el mismo domicilio, y además era el “patrón de la casa”. Lo que muchas hacían era intentar evitar al jefe de la casa, no pasar delante de él, evitar estar a solas, había que “aguantar” la palabra más repetida es “aguantar” pero no siempre se podía.

Entrevista 3

Dur Margarita es una mujer migrante de origen colombiano. Tiene dos hijas pequeñas y es usuaria de Haurralde, ha llegado por derivación de los SS; no tiene red de apoyo y su situación familiar es compleja. La pandemia desencadenó en su pareja una fuerte depresión, ansiedad y problemas mentales, el cual tiene recaídas constantemente. En los momentos más graves, Margarita solicitó cita con médico de cabecera, quien derivó a Psiquiatría.

Nos dieron una espera de 6 meses, yo también creo que necesitaba pero prefería que fuera él, porque tenerlo así con esa depresión, ese ánimo, en casa es muy malo para las niñas. Para mí, el momento más duro es cuando tengo que salir de casa y dejar a las niñas;

“Me voy a trabajar, pero me siento intranquila, todo el dinero que gano se va en mantener a mis hijas.”

El esposo de Margarita no ha mostrado mejora pese a que está siendo tratado por el servicio de salud mental público. Ahora 2021, las citas son cada 3 meses, y está medicado. Aún si no vemos mejoras, yo también necesito, pero él es más importante.

“Dentro del servicio de salud pública, las citas son cada tres meses, por lo que yo puse la salud mental de él antes que la mía”.

Margarita habla finalmente de SDDR, considera que la salud sexual y reproductiva está ligada únicamente a las relaciones sexuales. Empezó con implante anticonceptivo pensando en la situación difícil de la pandemia y menciona que en el centro de salud sintió que:

“No hay tiempo de nada, siempre le atienden a uno a la carrera, no se puede generar algo más de confianza.”

En los tres casos específicos relatados, las mujeres llegan al servicio ya con una gran carga emocional, con una mochila de origen que tiene que ver con lo que han vivido y no se ha tratado ni trabajado

en su momento. Hay casos claros de abusos sexuales no tratados en las mujeres, existe y se percibe un gran sufrimiento emocional que incluso llevan en sus ojos, en la mirada triste, y en la percepción de sentirse mujeres muy mayores cuando apenas cuentan con 28/ 35 años. Encontramos una situación perversa en la actual ley de extranjería que imposibilita cualquier tipo de inclusión durante tres años, esta situación agrava la de por sí ya deteriorada salud mental con la que las mujeres acceden a los servicios ofertados por diferentes organizaciones como es el caso de Haurralde entre otros.

A esto le sumamos la alta precariedad laboral existente, que suma en la situación emocional desencadenante de un mayor estrés y ansiedad.

España es el 4º país de la UE con más desigualdad, en la que no ha tenido apenas efectos la disminución del paro de 2014 a 2018, rompiendo la histórica ecuación reducción del paro = reducción de la pobreza, por la precariedad del empleo generado, especialmente entre las mujeres. Es también el tercer país con la brecha más profunda entre la renta de los hogares pobres con niños y niñas a cargo y la mediana nacional. Casi 1 de cada 3 niños y niñas en España, más de 2,6 millones, se encuentra en riesgo de pobreza y/o exclusión social, cifra que sube al 47,9% en las familias monoparentales (el 83% encabezadas por mujeres, en el sumun de la precariedad laboral y las labores de cuidados), al 70% en hogares con ambos progenitores extranjeros y al 72,3% en la población gitana.

El empleo ya no supone salir de la pobreza, pues casi la mitad de las personas empleadas cobra menos de 1.000 euros al mes y el 16,3% está en riesgo de pobreza o exclusión, lo que afecta especialmente a la juventud, con una tasa de paro del 56% entre 16 y 19 años y del 32,4% entre los 20 y los 24 años, las segundas más altas de la UE, sólo detrás de Grecia. La tasa de pobreza entre mujeres mayores de 65 años es más alta que entre los hombres y un 87,7% de las pensiones de viudedad no alcanza los 1.000 euros (datos extraídos de las aportaciones de ONG al informe de España a la ONU sobre plataforma de Acción de 4º Conferencia Mundial de la Mujer Beijing+25- 2014-2019)

En lo que respecta a salud sexual y salud reproductiva, es aún una deuda pendiente la inclusión obligatoria de la educación sexual en los contenidos formales del sistema educativo, con presupuesto específico para su desarrollo, formación del profesorado y contenidos basados en la salud y los derechos humanos para una vivencia de la sexualidad sin discriminación, coerción o violencia, en los colegios públicos, pero también en los concertados de toda la CAV.

6. CONCLUSIONES



En relación a la salud mental de las mujeres, en el confinamiento la gran mayoría tuvieron problemas de insomnio y accedieron a apoyo psicológico a través de fundaciones y ONGs. Las que no lo hicieron buscaron apoyo en la espiritualidad, en amigos y amigas, apoyo en familiares en el extranjero.

Las emociones más destacadas fueron el miedo, tristeza, ansiedad, y estrés. También destacan cosas positivas el amor y el tiempo en familia en momentos de crisis, ya que a las que tienen familia, les permitió centrarse en sus relaciones más cercanas como es la familia tanto en el extranjero como la conviviente.

Las mujeres asocian la salud mental con el manejo de las emociones y lo que afecta a la misma; no lo relacionan directamente con el estrés y cómo este puede afectar en la salud mental. Ellas reconocen que su salud mental se vio afectada en tiempos de pandemia, debido a la vulnerabilidad que les supone ser migrantes, además, de los estereotipos de género sexista que afecta a sus vidas. Pero, como se ha venido diciendo, salud mental es también aquello que en ocasiones no es identificable, se hace intangible, quedándose en los márgenes de lo invisible. Trabajamos con mujeres con experiencias de vida traumáticas para las que la crisis sanitaria ha sido un añadido que, en ocasiones, ha supuesto una ruptura en la identidad que estaba en proceso de construcción. Y es esencial tener presente que las mujeres a las que se atiende tienen estrategias de afrontamiento en las que son capaces de identificar sus experiencias emocionales; pero también que hay mujeres con estrategias de afrontamiento evitativas a modo de supervivencia. Y todas estas realidades necesitan una atención diferencial y urgente en aras de trabajar en pro del bienestar físico y mental de las mujeres migradas y en situación de vulnerabilidad.

Se carece de una estrategia clara en salud mental desde lo público que dé respuesta coordinada y factible al sufrimiento emocional de las personas migradas, desplazadas y /o en protección de asilo. La desigualdad de género es un determinante de la salud establecido por la OMS por lo que es imprescindible integrar la perspectiva de género en todas las políticas sanitarias.

En relación a los estilos de afrontamiento que adoptaron, en general, se encontraban centrados en la tarea, es decir a recopilar la mayor información posible y oportuna en torno a ayudas que pudieran optar. En este sentido las asociaciones cumplieron un papel fundamental y estratégico en el manejo de información y de crear red para sentirse unidas a otras mujeres en torno a actividades de ocio. Todas las estrategias de afrontamiento positivas para sentirse mejor y paliar las consecuencias del estrés y de la incertidumbre a futuro.

Las organizaciones sociales del tercer sector han estado muy acertadas al ofrecer además espacios terapéuticos online, como una manera de sujeción y contención ante situaciones que desbordaron las vidas de las mujeres, en especial como venimos comentando, de las mujeres más vulnerables y/o en precariedad como son las mujeres migradas en situación irregular. En una situación de crisis como lo ha sido la pandemia y lo sigue siendo la post-pandemia, en la que los espacios colectivos han sido negados, es esencial la creación de espacios en los que las mujeres puedan sentirse atendidas y acompañadas. Es esencial contar con profesionales que puedan contener y validar las experiencias emocionales que las mujeres están sufriendo, por varias razones. En primer lugar, porque se prohibieron (y siguen siendo cuestión de debate, incertidumbre y miedo) los espacios colectivos en los que poder compartir, reconocer y reconocerse en experiencias comunes, lo cual permite elaborar y comprender los mundos afectivos, de tal forma que se integran y puede dar lugar a estrategias de afrontamiento positivas y adaptadas, además de facilitar la construcción de una identidad colectiva. Pero, en segundo lugar, es esencial contar con espacios de atención psicológica porque la crisis sanitaria ha puesto sobre la mesa experiencias afectivas que no se conocían hasta la fecha y ha hecho que las mujeres conectasen con vivencias que hasta el momento estaban relegadas a lo invisible/no consciente. Es imprescindible contar con un apoyo que acompañe en ese proceso de elaborar emociones, pensamientos, necesidades, dificultades y deseos que hasta la crisis no habían sido experimentadas, para que estas no se sumen a todas esas experiencias dolorosas y/o traumáticas que las mujeres acarrean y puedan ser experiencias resilientes en las que apoyarse en un futuro en diferentes situaciones de crisis.

Muchas de las mujeres carecen de información sobre salud mental y explicitan no saber que pueden optar a servicios públicos en el área, por lo que no utilizan los servicios. Los nombran, además, cómo de difícil acceso.

Se pudo comprender la precariedad laboral a la que se enfrentan las mujeres en su día a día y los efectos psicológicos de la misma, como es convivir en ambientes de encierro, sin trabajo, o vulnerables dentro del trabajo como son las situaciones de acoso laboral que sufren, un tema que algunas organizaciones como Malen Etxea llevan denunciando en la CAV desde hace tiempo.

El trabajo que hace Haurralde de colectivizar las reflexiones, los conocimientos, las experiencias, las emociones y la vida misma con otras mujeres, creando espacios desde talleres donde ellas mismas puedan crear red, es parte de las estrategias utilizadas para la contención emocional, y es una apertura desde lo comunitario que puede estar faltando en Gipuzkoa, espacios comunitarios creados donde el apoyo mutuo sea posible para articular una vida libre y digna para todas.

Por otra parte, las profesionales entrevistadas del área, comentan lo complicado que fue la adaptación a los nuevos protocolos, enfatizando que tomaron consciencia de la importancia de los grupos tanto de preparación al parto, como de menopausia. La profesional destaca también la importancia de atender personalmente a las mujeres en vulnerabilidad social y realizar un seguimiento constante.

Los servicios que tuvieron que cerrar en el confinamiento de la pandemia, generaron un impacto negativo en las relaciones con las usuarias. Por lo que ahora se revalorizan los espacios para el bienestar social de las mujeres.

Por otra parte, la profesional hace una crítica al sistema de salud que no integra salud mental y física como parte de la misma cosa. Ambas se encuentran interrelacionadas y es imposible hablar de una obviando la otra.

En relación a la salud sexual y reproductiva, debemos destacar que existe un absoluto desconocimiento de lo que significa, de lo que implica. Las mujeres asocian la salud sexual y reproductiva solamente a tener relaciones sexuales. Por lo que explicitan que las relaciones sexuales son buenas para quitarse el estrés por lo que las que practicaron sexo en el confinamiento se encontraban menos estresadas. Además, desconocen el acceso a esta área en el sistema de salud, no saben qué implica y en qué les puede beneficiar.

Ante el desconocimiento, debemos destacar que nos ha sido imposible hablar de salud sexual y reproductiva, eso se lo dejan a las que están casadas solamente. En este sentido, se debiera realizar un segundo estudio en el que se trabaje la salud sexual y reproductiva de manera personalizada y que se entregue información al respecto, ya que lo que se ha constatado en este estudio es la falta de información y lo difícil que puede ser llegar a la misma, ya sea por ser un tema tabú y no poder reconocerse en esa área de su vida. En este sentido las estrategias de afrontamiento son evitativas, ya sea por desconocimiento o porque no sienten que hay cabida para esa parte en sus vidas.

El presente informe pretendía conocer este aspecto de la salud en las mujeres migradas que se acercan a los diferentes servicios, ya que partimos de considerar que la salud sexual y los derechos sexuales y reproductivos son inherentes a los derechos humanos de las mujeres y su vivencia de manera segura, placentera y desde el consentimiento proporciona una parte importante del ejercicio no solo de los derechos sino de la propia salud.

Nos encontramos con que es necesario fortalecer y profundizar en nuestras estrategias como organizaciones para poder contar con espacios inclusivos, adecuados culturalmente e interseccionalmente en el trabajo en DSDR con población migrada y refugiada.

Por ello, hacemos un llamamiento a las instituciones que trabajan con mujeres en vulnerabilidad social para la realización de estudios/planes/diagnósticos que trabajen la salud sexual y reproductiva con esa mirada intercultural. Con el fin de que las mujeres puedan avanzar en un autoconocimiento de su salud sexual y reproductiva y de lo que implica el autocuidado en este aspecto.

Potenciar que las asociaciones de la sociedad tengan líneas de trabajo y formación en Derechos sexuales y reproductivos con recursos financieros, logísticos y de apoyo institucional público.

Promover espacios de debate y reflexión interseccional entre sectores directamente afectados o con sensibilidades diferentes frente a los temas de sexualidad, la diversidad, la identidad y orientación, las relaciones de pareja, las diferentes formas de familia, etc.

Promover grupos focales interseccionales potenciando los grupos menos consultados: jóvenes, migrantes y refugiadas, personas con discapacidades o diversidades funcionales e intelectuales, disidentes sexo-genéricos y personas con alta vulnerabilidad social: precarización, racismo, xenofobia, etc.

7. REFERENCIAS



Castejón, M. Á., & Sanz, M. J. (2021). Informe sobre la revisión de planes y estrategias de salud mental de las comunidades autónomas en relación con la salud mental perinatal. *Naciendo*, 1(1), 111-120.

Castellanos, Mateos y Chilet-Rosell, llamado *COVID-19 en clave de género* (2020, pp. 420): Posicionamiento de la Sociedad Española de Contracepción sobre la atención a la Salud sexual y reproductiva durante el estado de Alarma Sanitaria por la pandemia del COVID-19. Sociedad Española de Contracepción. 5 de abril 2020.

Contín, K. C. (2002). La salud ambiente: presente y futuro. Una perspectiva desde la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Revista de Salud Ambiental*, 2(1), 39-41. Acción, P. Acción 2021-2024 Salud Mental y COVID-19. 2021. De España, J. C. I. R. (2010). Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *La interrupción voluntaria del embarazo*. De España, G. (2003). Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 128, 20567-20588.

Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). State and trait anxiety, depression and coping styles. *Australian Journal of Psychology*, 42(2), 207-220.

Gilman, R., & Anderman, E. M. (2006). The relationship between relative levels of motivation and intrapersonal, interpersonal, and academic functioning among older adolescents. *Journal of School Psychology*, 44(5), 375-391.

Grande de Prado, M., García Peñalvo, F. J., Corell, A., & Abella-García, V. (2021). Evaluación en Educación Superior durante la pandemia de la COVID-19. *Campus Virtuales*, 1(10), 49-58.

Inglés, C., Benavides, G., Redondo, J., García-Fernández, J. M., Ruiz-Esteban, C., Estévez, C., & Huescar, E. (2009). Conducta prosocial y rendimiento académico en estudiantes españoles de Educación Secundaria Obligatoria. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 25(1), 93-101.

Jiménez, M. I., & López-Zafra, E. (2008). El autoconcepto emocional como factor de riesgo emocional en estudiantes universitarios. Diferencias de género y edad. *Boletín de psicología*, 93(1), 21-39.

Khawaja, N. G., & Bryden, K. J. (2006). The development and psychometric investigation of the university student depression inventory. *Journal of Affective Disorders*, 96, 21-29.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.

Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (1994). *Passion and reason: Making sense of our emotions*. Oxford University Press, USA.

Martínez, A. E., Piqueras, J. A., & Inglés, C. J. (2011). Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 37, 20-21

ONU: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), UNFPA: *Plan Estratégico 2018-2021*, 29 Febrero 2018, disponible en esta dirección:
<https://www.refworld.org/es/docid/5b43b47b4.html> [Accesado el 25 Marzo 2022]

ONU, A. G. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. *ONU, A/RES/34/180*.

Organización Mundial de la Salud 2018. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. ISBN 978-92-4-351288-4

Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental. ISBN 92 4 356257 Organización Mundial de la Salud 2004

Osasuna, Pertsonen Eskubidea, Guztion Ardua Políticas de Salud para Euskadi 2013 – 2020. Perea-Baena, J. M., & Sánchez-Gil, L. M. (2008). Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *Index de Enfermería*, 17(3), 164-168.

Pearce, D. (1978). *The Feminization of Poverty: Women, Work, and Welfare*. Graduate School of Social Work Alumni Association, Boston College. Archivado de 27 de marzo de 2016. Consultado el 1 de noviembre de 2016.

Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E., & Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Artículos en PDF disponibles desde 1994 hasta 2013. A partir de 2014 visítenos en www. elsevier. es/sumapsicol*, 16(2), 85-112.

Restrepo, D. A., & Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211.

Riquelme, A., Buendía, J., & Rodríguez, M. C. (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. *Psicothema*, 83-89.

Rodríguez, J. A. P., Linares, V. R., González, A. E. M., & Guadalupe, L. A. O. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica*, 16(2), 85-112.

Sacchi, C. (2022). Protection of perinatal mental health during the war in Ukraine. *The Lancet Regional Health–Europe*.

Sánchez-Queija, I., Oliva, A., & Parra, Á. (2006). Empatía y conducta prosocial durante la adolescencia. *Revista de psicología social*, 21(3), 259-271.

Valoración y recomendaciones de Amnistía Internacional a la Estrategia de Salud Mental (2021-2026).

Vasco, E. J. G. (2021). Ayudas a proyectos de investigación y desarrollo en salud 2021: Potenciación de la investigación en salud de carácter estratégico.

Vasco, P. (2005). Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la igualdad de mujeres y hombres. *Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco*, 219, 10-27896.

Wheaton, B. (1997). The nature of chronic stress. *In Coping with chronic stress* (pp. 43-73). Springer, Boston, MA.

Febrero 2022

**SALUD MENTAL Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
DE MUJERES MIGRANTES EN TIEMPOS DE PANDEMIA:
APROXIMACIÓN A SUS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.**



**BATERA
2030**



**Gipuzkoako
Foru Aldundia**
Gizarte Politikako
Departamentua
Departamento de
Política Social

Gipuzkoako
Foru Aldundia
Diputación Foral
de Gipuzkoa



**ORAIN
GIPUZKOA**