

SU SEXUALIDAD TAMBIÉN ES IMPORTANTE

Claves para aproximarse a la sexualidad de las personas inmigrantes



unaf

unión de
asociaciones
familiares



MINISTERIO
DE TRABAJO
E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO
DE INMIGRACIÓN
Y EMIGRACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL
DE INTEGRACIÓN
DE LOS INMIGRANTES



UNIÓN EUROPEA

FONDO EUROPEO
PARA LA
INTEGRACIÓN

SU SEXUALIDAD TAMBIÉN ES IMPORTANTE

Claves para aproximarse a la sexualidad de las personas inmigrantes

GUIA DE PROFESIONALES



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



UNIÓN EUROPEA
FONDO EUROPEO PARA LA INTEGRACIÓN



ÍNDICE

1. LA SALUD SEXUAL Y NUESTRO OBJETIVO	5
2. CLAVES MULTICULTURALES	7
Un trabajo de equipo	7
La diversidad de la población inmigrante	9
Salud, sexualidad e inmigración	9
Las mujeres inmigrantes:	
Importancia de la red de apoyo y relaciones	10
La planificación familiar y las ideas de la pareja	12
El valor de la sexualidad y la cultura de género	12
Posibilidad de cambio	13
3. ¿QUÉ PUEDO HACER YO?	15
Algunas claves sexológicas de las que partir	15
Objetivo: educar y atender las sexualidades	16
Algunas claves para intervenir.	
Actitud de escucha	18
4. CONOCER PARA INTERVENIR. CÓMO VIVEN LA SEXUALIDAD ALGUNAS PERSONAS INMIGRANTES	23
¿Es adecuado intervenir en las distintas formas de vivir la sexualidad?	25
Con la diversidad en la mirada	25
La sexualidad en distintos colectivos	27
Algunas observaciones sobre la sexualidad en la población china	27
Algunas observaciones sobre la sexualidad en la población latinoamericana	30
Algunas reflexiones sobre la sexualidad en la población marroquí	35
Algunas (breves) reflexiones acerca de la sexualidad de personas procedentes de países del este europeo	42
Sobre los hombres inmigrantes que ejercen la prostitución	42
Las mujeres que ejercen la prostitución. Algunas reflexiones	43
Otras realidades, nuevos retos	44
5. TALLERES DE EDUCACIÓN SEXUAL CON LA POBLACIÓN INMIGRANTE	47
Ideas para los talleres	48
Diálogos sobre sexualidad	50
6. RECURSOS	53
Facilitar el empoderamiento	54
Algunos recursos sobre sexualidad...	54
Servicio de orientación sobre sexualidad para personas inmigrantes	54
Otros recursos de interés	55
ANEXO. LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS:	
DERECHOS HUMANOS Y UNIVERSALES	57
BIBLIOGRAFÍA	63

OBJETIVO

1. LA SALUD SEXUAL Y NUESTRO OBJETIVO

La OMS (Organización Mundial de la Salud) *define la salud sexual como* “la experiencia del proceso permanente de consecución de *bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad*. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre *es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen*”.

Por todo ello, sabemos que atender bien las sexualidades es muy complejo, qué más quisiéramos que poder ofrecer en este breve texto todas las respuestas. No es posible. Más aun si de lo que hablamos es de la sexualidad de las personas inmigrantes, donde resulta necesario contemplar muchos más matices.

Nuestro objetivo es más sencillo: dar *un poco de luz* sobre la sexualidad de las personas inmigrantes. Que deje de estar escondida y que pase a ser un tema al que también seamos capaces de prestar atención.

En consecuencia queremos *dirigirnos de manera más general a todas las personas que trabajan* o hacen tareas de voluntariado *con las personas inmigrantes* y no hacerlo de manera exclusiva a quienes se deberían hacer cargo de todos los temas relacionados con la sexualidad. Pues eso requeriría de una guía mucho más detallada.



Este texto debe servir para hacernos bien las preguntas, para evitar simplificar, pero sobre todo para mirar la sexualidad con más simpatía y no sólo como un problema. Como algo que forma parte de todas las personas y que en buena medida puede contribuir a la salud. Para ser capaces de ver y de hacerles ver que esta dimensión *también es importante*.

Es importante para su bienestar, para su Salud. Como dice la OMS no basta con que exista una ausencia de enfermedad o ausencia de disfunción para que una persona goce de salud en su vida erótica, ha de ser capaz de integrar los elementos somáticos, emocionales e intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Por tanto, toda persona tiene derecho a recibir información sexual y a considerar que las relaciones sexuales sirven para el placer. Naturalmente, también a que se respeten sus derechos sexuales y reproductivos.

POR SUPUESTO HABLAMOS DE TODAS LAS SEXUALIDADES. No creemos que haga falta recordar que el único modelo de sexualidad no es el de la sexualidad masculina. Evidentemente la mujer ha de ser protagonista de su propia vida sexual sin que en ningún caso sea “otra sexualidad”, subsidiaria, o de distinta categoría.

Creemos que intentar sacar la sexualidad del cajón de lo escondido, merece la pena. Sin que eso suponga tener que convertirse en especialista, ni tener la varita mágica que resuelva todos los problemas.



MULTICULTURAL

2. CLAVES MULTICULTURALES

UN TRABAJO DE EQUIPO

El trabajo con población inmigrante requiere una cierta visión holística o de conjunto. La salud sexual no es una excepción. Veamos algunos ejemplos:

Las posibilidades de integración laboral de una mujer inmigrante disminuyen si se expone a una maternidad no deseada y no cuenta con el apoyo del padre, ni otros apoyos familiares o sociales.

De la misma forma, una mujer sin recursos económicos y escaso conocimiento de sus derechos en materia de atención sanitaria, puede por estos motivos no utilizar métodos anticonceptivos en sus relaciones coitales, lo cual a su vez dificultará posiblemente su mejora económica, en caso de un embarazo no planificado.

Las dificultades laborales y económicas de muchas parejas inmigrantes, dificultan sus posibilidades de independencia, teniendo que vivir durante largas temporadas en condiciones de cierto hacinamiento, situación que impide la intimidad y disminuye la calidad de la relación sexual¹ y afectiva.

Un varón o mujer inmigrante que maneje deficientemente el idioma español, tendrá restringidas sus posibilidades de acceso a los recursos de atención en sexualidad.

Un varón inmigrante que piense que los preservativos restan placer en el coito o que sus posibilidades de infección por VIH son inexistentes si mantiene relaciones con mujeres que parezcan sanas, probablemente no se preocupe de tomar medidas de protección en sus relaciones coitales, con el consiguiente riesgo de infección o embarazo.

Un varón o mujer inmigrante con escasos recursos económicos puede considerar que el coste de los métodos anticonceptivos es excesivo, y por ello, mantener relaciones coitales o eróticas sin protección.

Una persona inmigrante y homosexual que provenga de un país donde la homosexualidad es condenada socialmente o incluso penalizada, puede tener tantos prejuicios con respecto a su propia orientación sexual que esto le impida desarrollar satisfactoriamente su vida relacional, afectiva y amorosa, y con ello, ver afectada su salud psíquica y/o reducir su círculo social.

¹ Utilizamos el término "relación sexual" no como sinónimo de "relación coital". Al contrario, con un significado mucho más amplio y en el que se incluyen distintos tipos de relaciones o prácticas eróticas tanto heterosexuales, como homosexuales. Probablemente el término más adecuado hubiera sido el de "relaciones eróticas", pero al ser este término poco utilizado hemos considerado que podría crear más confusión que la que pretende resolver.

Si la persona inmigrante no dispone de permiso de residencia, y no ha sido adecuadamente informada de sus derechos, puede evitar el acceso a los recursos de salud sexual por el temor que le causa su situación jurídica, y el miedo a una expulsión. Y con ello, soportar una infección de transmisión sexual (o infección de transmisión genital), llevar adelante un embarazo que no desea, exponerse a relaciones genitales de riesgo, mantener relaciones eróticas displacenteras, etc.

En definitiva, *la situación social, el manejo del idioma, la red de apoyo social, las diferencias ideológicas con respecto a su sociedad de origen, los papeles asignados a hombres y mujeres, la integración laboral, la situación económica, la situación legal y burocrática, las ideas con respecto a los propios derechos y deberes, el conocimiento de los recursos... incluso factores como la autoestima, las creencias sobre el amor y las relaciones, las situaciones de soledad o aislamiento... van a influir enormemente en la salud sexual de la población inmigrante.*

Por tanto, no se puede trabajar de forma aislada la salud sexual (la erótica, las relaciones, la planificación familiar...) en personas inmigrantes.

Es necesario también contar con estos factores, tener una cierta visión de la influencia que ejercen, y *disponer de recursos de derivación en caso necesario* (recursos de inserción laboral, orientación sobre trámites burocráticos, asesorías jurídicas, información sobre derechos y deberes, escuelas de español para extranjeros, centros de formación... o, en todo caso, *derivar a centros de atención a inmigrantes* que les proporcionen la orientación necesaria de forma global).

Ciertos factores como la vivienda (si la persona dispone de habitación propia o es compartida, si dispone de vivienda propia, si dispone incluso de alguna vivienda o lugar en el que alojarse...), la alimentación (si es completa y equilibrada o existen deficiencias en este sentido), el estado psíquico (si la persona se siente bien o se siente fatigada o estresada, sola y aislada o acompañada y amada), la disponibilidad de tiempo (si dispone de un adecuado tiempo de ocio, o por el contrario tiene jornadas de trabajo interminables), las relaciones afectivas (si la persona tiene relaciones afectivas importantes en este país, si mantiene relaciones de amistad, de pareja o familiares satisfactorias...) son factores que influyen todos ellos en la salud sexual y reproductiva.

Por ejemplo, una persona que se sienta muy aislada, puede mantener relaciones sexuales para aliviar su soledad, en ocasiones, en condiciones poco propicias para disfrutar y cuidarse.

Como ya sabemos, *en muchos casos, sin mejorar una situación económica, social o personal muy deprimida, va a resultar muy complicado abordar la salud sexual.*

Por tanto, el trabajo con población inmigrante es un trabajo de equipo. Un trabajo ***donde nadie sobra y todos y todas tienen su papel*** (ONGs, centros de salud, asociaciones de inmigrantes, centros de atención a inmigrantes, centros de acogida, asociaciones de mujeres, servicios sociales, centros de atención y orientación en sexualidad, etc.)

LA DIVERSIDAD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

Existen muchas personas diferentes, con sus características particulares, su propia historia personal, su bagaje del país de origen, su momento particular... Ciertos estereotipos hacen que a veces se olvide que ninguna persona es igual a otra (afortunadamente). Cada persona, inmigrante o no, es única e irrepetible.

Por otro lado, las circunstancias personales varían mucho en la población inmigrante. Existen personas inmigrantes altamente cualificadas y personas poco cualificadas; personas que se encuentran laboral y económicamente integradas, y con buen nivel de vida y personas con graves carencias; personas con una buena red de apoyo social y familiar y personas aisladas; personas que han podido acceder a una educación superior y personas que no han podido acceder a una formación básica...

También los valores, el estilo de vida, y las creencias que cada cultura aporta son diferentes. Como son diferentes los modos de asimilar esta cultura por parte de cada persona particular. A veces, ideas preconcebidas nos pueden dificultar ver a la persona (a esa persona concreta) tal cual es: con sus virtudes y sus defectos, sus valores, su modo de ser en el mundo, su modo de reflexionar y ver la realidad, de comprender y comprenderse...

SALUD, SEXUALIDAD E INMIGRACIÓN

Es necesario tener en cuenta que en algunos países la atención en salud en general difiere considerablemente de la ofrecida en España.

En algunos casos las personas inmigrantes proceden de países con un precario sistema de salud, donde las atenciones sanitarias son económicamente costosas o difícilmente accesibles. En ocasiones, algunas personas inmigrantes pueden no haber tenido contacto con el sistema sanitario de su país. En otros casos, ese acceso puede haber sido especialmente difícil para las mujeres.

Al abordar los derechos en sexualidad de una persona inmigrante, es conveniente ***tener en cuenta su situación social, su cultura de procedencia, la si-***

tuación legal y jurídica en que se encuentra, su situación psicológica... posiblemente sus experiencias vitales difieran bastante de las experiencias de la población autóctona, y también, por tanto, su relación con el sistema de salud en general, y sus ideas sobre los derechos y deberes de la ciudadanía.

Las situaciones de aislamiento, de desconocimiento del idioma, la precariedad laboral o jurídica, pueden hacer que la salud en general y la salud sexual en particular, queden relegadas u olvidadas.

Los propios profesionales que trabajamos con inmigrantes podemos llegar a pensar que son cuestiones poco importantes. Sin embargo, esto puede convertirse en un círculo vicioso: si no se cuida la salud, y también la salud sexual y reproductiva, circunstancias como una infección de transmisión genital o un embarazo no planificado pueden deteriorar aún más unas circunstancias económicas y laborales precarias. Y, por otra parte, la satisfacción y felicidad como mujer y como hombre, las relaciones de pareja o amorosas equilibradas y felices, la satisfacción erótica... aportan un gran plus de calidad de vida a la persona.

Es importante tener en cuenta que *la persona puede traer de su país de origen una determinada visión de la sexualidad*, la reproducción, los roles de género, el cuerpo humano, la belleza... que difiere considerablemente de la visión que podemos tener en España sobre estos temas. Toda persona tiene derecho a mantener su visión y sus propias creencias sobre estos temas, y a manejarse en su vida con ellas, mientras no vayan en contra de los derechos sexuales y reproductivos, de los derechos humanos.

LAS MUJERES INMIGRANTES

IMPORTANCIA DE LA RED DE APOYO Y RELACIONES

La situación de las mujeres y sus vivencias una vez llegan al país de acogida, pueden ser muy diversas, así como la situación que dejan, la red de apoyo con la que contarán en él, sus aspiraciones, proyectos, expectativas, sueños...

No obstante, algunas mujeres se adaptan bien y pronto (no dudamos que con dificultades y esfuerzo) a la nueva situación. Van estableciendo una progresiva estabilidad emocional y económica y, muy importante, *una red de apoyo afectivo*. Para otras mujeres inmigrantes no obstante, la situación se torna muy distinta. Un aspecto importante que sin duda dificulta la adaptación es la lengua de origen.

El grado de satisfacción y adaptación que una mujer consigue cuando emigra, y la rapidez con que lo logra, depende de muchos factores: habilidades personales y sociales, si realiza este “viaje” sola o con otras personas significativas, si cuenta con apoyos en el país de acogida... Además, el manejo de la lengua (en este caso, el español) también puede abrirle posibilidades o facilitarle el camino.

Por ejemplo, para las mujeres cuya lengua de origen no es el español (mujeres procedentes de países del África subsahariana, del Magreb, de países de Europa del Este, de China...) resultará mucho más complejo conocer los recursos que ofrece el país de acogida (España), sobre todo si el papel que le toca desempeñar (por ser mujer) se encuentra relegado al ámbito doméstico, o al cuidado permanente de los hijos o hijas.

De este modo les resultará más difícil hacerse con una red de apoyo afectivo a quien expresar sus necesidades o avatares. Lo que, sin duda, va a suponer una dificultad para que se puedan atender sus necesidades, ya que los canales de comunicación no existen o se encuentran bastante limitados.

Es muy difícil plantearse el trabajo en la educación y mejora de la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes si por diversas circunstancias que les impiden relacionarse (poco manejo del idioma, aislamiento, no contar con una red de apoyo afectivo...), no tienen ocasión de comunicar sus necesidades ni de conocer los recursos existentes. Aunque estas dificultades no pueden significar que renunciemos a ello.

En general, las mujeres inmigrantes que tienen ocasión de relacionarse con otras mujeres en su misma situación u otras personas autóctonas de confianza, están en mayor disposición de cuidarse también en lo sexual y de establecer relaciones amorosas más significativas. Es más probable que tengan mejor autoestima y puedan intercambiar ideas, información, recursos, descargarse emocionalmente, recibir ayuda y sentirse importantes.

Algunas de las mujeres inmigrantes con menos recursos, se encuentran ejerciendo la prostitución, situación que les coloca en una especial situación de vulnerabilidad de cara al aislamiento, contagio de infecciones de transmisión genital (ITG²), explotación, pocas posibilidades de conseguir un trabajo distinto, etc.

En otros casos, el aislamiento o incomunicación de algunas mujeres, puede contribuir a que determinadas situaciones que deben recibir atención queden relegadas al ámbito privado, y nunca lleguen a conocerse (por ejemplo, abusos dentro de la pareja). El aislamiento también puede llegar a complicar el cono-

² Usamos la expresión *Infecciones de Transmisión Genital* o ITG, que también se suelen denominar **ITS (Infecciones de Transmisión Sexual)**, para referirnos a las infecciones que se transmiten por contacto genital (coital o de otro tipo). Pensamos que ITG es el término más preciso, dado que suelen ser determinadas relaciones eróticas en las que entran en contacto los genitales las prácticas en las que se producen dichas infecciones.

cimiento de recursos o ideas que podrían mejorar la calidad de vida (recursos anticonceptivos o aconceptivos que permitan una planificación familiar más acorde a sus intereses y situación...).

A veces son precisamente los casos que más atención requieren aquellos a los que más cuesta atender, precisamente por la situación de “aislamiento” –social, lingüístico, etc.– en el que se encuentran dichas personas.

LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LAS IDEAS DE LA PAREJA

Algunas ideas de pareja pueden obstaculizar el desarrollo y bienestar de muchas mujeres. Por ejemplo, en algunas culturas se considera que tener hijos pronto contribuye a consolidar los lazos amorosos.

No dudamos que estos hijos e hijas sean deseados pero, con demasiada frecuencia, ocurre que estos embarazos se producen en el seno de una relación de pareja que aún no está demasiado consolidada y que con una elevada probabilidad se romperá. El resultado es conocido: estas mujeres acaban solas y con recursos bastante limitados.

Mujeres que han de afrontar solas el cuidado de sus hijos o hijas, con pocas probabilidades para trabajar por un triple handicap: su condición de madre, de mujer, y de inmigrante. Esta situación complica la vida de la mujer, dificulta su capacidad económica, entorpece la disponibilidad para trabajar, para prosperar y para sobrevivir en general.

EL VALOR DE LA SEXUALIDAD Y LA CULTURA DE GÉNERO

Sabemos que al hablar de sexualidad, estamos hablando de todos y de todas, de hombres y también de mujeres. Sin dejar a nadie fuera. No obstante, la sexualidad es un concepto amplio, en el que cabe más de una cosa (no solamente hablamos de reproducción, también de placeres y amores).

Y aunque, en la actualidad, muy pocas personas dirían lo contrario, lo cierto es que determinados aspectos de la sexualidad se siguen considerando “un poco más de hombres que de mujeres”. Aunque todas las personas poseemos un cuerpo del cual es posible obtener placer y satisfacción, estos han sido considerados más como deseos o “necesidades” masculinas y no tanto femeninas.

Es verdad que esta consideración está cambiando, pero también que los cambios son lentos y más aún en culturas donde los roles sexuales son muchos más marcados en este sentido.

Lo cierto es que para muchas mujeres resulta muy complicado conocerse en lo referente al plano erótico y aprender a valorar su sexualidad fuera de la reproducción, aprender sobre su placer y su satisfacción. Para muchas mujeres las relaciones eróticas son algo que proporciona placer a su pareja (no tanto a ellas mismas), algo que utilizan para consolidar relaciones amorosas pero que ellas mismas viven con displacer o con poco deseo. Muchas veces, se trata de relaciones eróticas poco apropiadas para que la mujer pueda disfrutar también en ellas.

Por otra parte, aunque la reproducción es cosa de dos personas, algo en lo que los dos sexos se encuentran implicados, a efectos de su planificación y cuidado se sigue considerando este aspecto “algo más de mujeres que de hombres”. Todavía es frecuente que en la pareja heterosexual sea la mujer la que se implica más en la anticoncepción.

También la cultura de género, más arraigada en determinadas culturas, sitúa a muchas mujeres en situación desfavorable de cara a su desarrollo personal y laboral. Sigue siendo la mujer la parte más implicada (a veces la persona exclusivamente implicada) en las tareas domésticas, cuidado familiar, de los hijos, incluso cuando además trabaja fuera del hogar. Muchos varones siguen considerando el trabajo doméstico como una responsabilidad femenina. Esta sobrecarga de trabajo para la mujer, además de suponer un excesivo agotamiento para ella, repercute en que la pareja dispone de menos tiempo para invertir en su relación y este resulta de menor calidad.

POSIBILIDAD DE CAMBIO

Observando cómo están las cosas es fácil concluir que hay demasiados aspectos mejorables. Por tanto habrá que trabajar en ello, sabemos que es difícil, pero también que merece la pena. Además también sabemos que dejar las cosas como están no va a ayudar a mejorar la situación, ni a que se produzcan cambios. Ni el silencio, ni quedarse de brazos cruzados ha funcionado como estrategia.

Si existe una posibilidad de cambio, habrá que ponerse a ello.



HACER

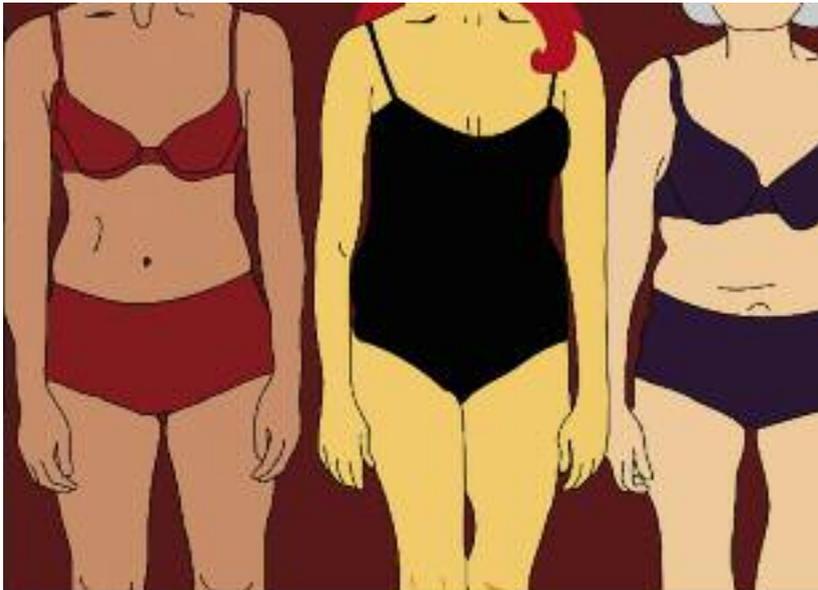
3 ¿QUÉ PUEDO HACER YO?

ALGUNAS CLAVES SEXOLÓGICAS DE LAS QUE PARTIR

Conviene tener siempre presente que la sexualidad abarca algo más (y mucho más) que lo genital y lo reproductivo. Por supuesto, la sexualidad tiene que ver con los genitales y con la capacidad reproductiva, pero también tiene que ver con las relaciones personales, de pareja y amorosas, con la búsqueda y el disfrute del contacto físico, con amar simplemente, y con amar y gozar, con la autoestima, con la imagen corporal, con los roles de género y los papeles asignados a mujeres y hombres, con la propia identidad como hombre o como mujer, con las habilidades sociales, con la erótica del cuerpo...

Por tanto, *en la atención de la sexualidad un objetivo fundamental será contribuir a que las personas se conozcan, se acepten y se vivan bien, en sus relaciones sexuales y en sus relaciones afectivas, como mujeres y como hombres únicos e irrepetibles.*

Que cada persona aprenda a conocer sus genitales y su cuerpo, y su manera de sentir, gozar y amar, a aceptarse y gustarse lo más posible, con independencia de si estas “maneras” coinciden con algunas normas impuestas desde fuera, y a aprender a disfrutar lo más posible (a solas y/o con las personas que elija) de las posibilidades que su manera particular de ser sexuada le ofrezca.



Por eso, cuando como profesionales escuchamos a los usuarios y usuarias inmigrantes, y nos preocupamos de cómo se sienten y qué necesitan, estamos contribuyendo a estos objetivos. También cuando los atendemos en sus trámites, los ayudamos en su comprensión del funcionamiento de la burocracia en España (acceso al sistema sanitario, a recursos asistenciales o formativos...), cuando les transmitimos que la sexualidad es algo que tiene que ver con la calidad de vida y que pueden recibir atención al respecto (no solo en cuanto a lo sanitario y reproductivo), cuando facilitamos en nuestro centro u ONG un espacio de ocio e intercambio que facilite la creación de relaciones entre ellos y ellas y cuando colocamos carteles, octavillas o folletos sobre sexualidad en algún lugar visible del centro.

OBJETIVO: EDUCAR Y ATENDER LAS SEXUALIDADES

De acuerdo con la OMS (2000) la educación sexual es la promoción del pensamiento crítico conducente al logro de actitudes positivas hacia la sexualidad y fomento del proceso por medio del cual el individuo pueda reconocer, identificar y aceptarse como un ser sexuado y sexual a lo largo del ciclo vital, libre de ansiedad, temor o sentimiento de culpa.

Educar y atender la sexualidad no puede limitarse a “la prevención de embarazos no deseados o de infecciones de transmisión genital como el VIH y el sida”. Atender la sexualidad tampoco se reduce a resolver las dificultades para alcanzar orgasmos. Además la sexualidad no debe considerarse ni un peligro, ni un problema. Por eso la educación sexual no puede ir sólo detrás de los peligros o de los problemas.

Todos los hombres y mujeres necesitan educación sexual. Con independencia de cual sea su actividad sexual o de si muestran mucho o poco interés por el tema. Siempre hay algo que hacer.

Los objetivos de ***educar y atender la sexualidad*** nos tienen que permitir trabajar con todas las sexualidades de todas las personas. Evitando caer en las mismas trampas que queremos evitar: considerar la sexualidad como algo negativo y reducir la sexualidad al coito o la reproducción.

APRENDER A CONOCERSE

Se debe procurar que hombres y mujeres aprendan a conocerse. Aprender ***a saber cómo son y cómo funcionan***. Y, además, cómo son y cómo funcionan otros que son de su mismo sexo y quienes son del otro sexo...

Será importante conocer además cómo funcionan los órganos genitales, penes, clítoris, el mecanismo de la erección, la lubricación y la eyaculación, y muchas otras cosas que también son importantes. La sexualidad está en todo el cuerpo, así que habrá que conocer todo el cuerpo. Hablar de la piel, de la sensibilidad.

Conocerse es conocer también las diferencias. Es aprender que somos únicos e irrepetibles. Como hombres y como mujeres. No hay dos iguales, tampoco mejores o peores.

APRENDER A ACEPTARSE

Educando y atendiendo la sexualidad debemos procurar que hombres y mujeres aprendan a aceptarse. ***Que aprendan a que son dignas y dignos de ser queridos.*** A estar contentos de como son, a sentir que merecen la pena.

Con nuestras palabras debemos intentar transmitirles que están preparados para el placer, para los afectos, para las relaciones eróticas y, probablemente también para la reproducción si así lo eligieran. En definitiva a que son verdaderos hombres y verdaderas mujeres.

Esta tarea no es sencilla. Los medios de comunicación, las películas, las revistas, las distintas culturas... continúan mostrando sólo determinados modelos de hombre y de mujer: en cuanto a la belleza, el comportamiento, las actitudes... Dejando en la absoluta invisibilidad al resto.

Nuestra tarea como profesionales es ***ofrecer modelos de mujer y de hombre donde todas y todos puedan sentirse reflejados.*** Ofrecer márgenes en los que quepan todos y todas y nadie quede ignorado. Por supuesto incluyendo a los hombres y las mujeres que se sientan homosexuales.

Nosotros no damos la categoría de hombre o de mujer. Nadie la da. Por eso ***hemos de tratar a todos los hombres y todas las mujeres como auténticos y auténticas.*** Porque lo son.

APRENDER A EXPRESAR LA ERÓTICA DE MODO SATISFACTORIO

Hablamos de satisfacción. Y, por tanto, de ***sentir que lo que haces te merece la pena,*** que te hace sentir bien. Por eso no hablamos sólo del coito heterosexual, hablamos también de la masturbación, de las fantasías, de las caricias o de cualquier otra práctica con las que una mujer o un hombre, a solas o en pareja, procura darse satisfacción erótica.

Este objetivo también incluye conseguir que hombres y mujeres eviten consecuencias no deseadas con sus prácticas, como pudieran ser el embarazo o la transmisión de enfermedades. Aunque no se queda ahí.

Las prácticas eróticas siempre se acompañan de significados. Unos u otros dependiendo de los valores, las creencias o las expectativas de cada cual. Por eso sabemos que para la satisfacción tan importante como “lo que se hace” es “cómo se vive eso que se hace”. En cada relación erótica son muchas cosas las que pueden ponerse en juego.

Nuestra tarea en este caso es ayudar a que cada persona *sea capaz de ser coherente con sus deseos* y encuentre las circunstancias más favorecedoras. Debemos intentar ayudar a que *cada persona encuentre su respuesta*. Mucho mejor que decidir por ella que es lo que le conviene en cada caso.

ALGUNAS CLAVES PARA INTERVENIR

ACTITUD DE ESCUCHA

La migración es una situación compleja y a veces emocionalmente costosa por las separaciones, soledades y complicaciones vitales que conlleva. Tal vez el primer objetivo sensato y modesto que podríamos plantearnos fuera el de cultivar una *actitud de escucha*. Atender, prestar oídos, y en la medida de lo posible, *empatizar* con la persona que tenemos delante.

NO PODEMOS ABARCARLO TODO...

Las profesionales y los profesionales que atendemos a la población inmigrante no podemos ser especialistas en todo, y no podemos cubrir todas las necesidades posibles, ni podemos orientar en todos los campos existentes.

Por ello es importante contar con *recursos de derivación*, y tener siempre presente que en muchos casos nuestra función (nada desdeñable) consistirá en derivar al recurso adecuado. Una función de gran importancia.

NO PODEMOS ABARCARLO TODO, PERO SÍ PODEMOS DAR ALGUNOS PASOS EN LA DIRECCIÓN CORRECTA...

Ya se sabe que para andar un kilómetro hay que comenzar dando el primer paso. Nuestra función, en todo caso, será la de dar esos primeros pasos. Lo importante es que la dirección en la que se den los mismos sea la adecuada.

Sabemos que no siempre será posible, no es lo mismo trabajar a diario con las mismas personas que atenderlas en un despacho diez minutos y con una demanda explícita y además muy distinta. En cualquier caso, si se puede, se deben dar pequeños pasos:

HABLARLES DE TODO LO IMPORTANTE

En caso de que sea pertinente, responder a las preguntas que nos formulen sobre salud, relaciones personales, e incluso otros temas de su vida (económicos, laborales...).

Hacer consciente a la población inmigrante de sus derechos en materia de salud reproductiva (derecho a una atención en salud sexual y planificación familiar, y otros derechos mencionados en el apartado anterior).

Hablar sin que pregunten, comentando por ejemplo los servicios que existen en la comunidad para atenderlos y atenderlas en diversos aspectos (vida laboral, trámites burocráticos, salud, y concretamente salud sexual y reproductiva).

PROMOVER EL DIÁLOGO SOBRE SEXUALIDAD

Especialmente si trabajas con mujeres inmigrantes, dotar de un espacio y tiempo que les permita establecer relaciones amistosas, comunicarse y hablar, es dar un paso importante hacia su bienestar general, y de manera concreta también hacia la mejora de su salud sexual y reproductiva.

Los talleres que se organizan en muchas ONGs resultan en realidad muy “gratificantes” para una gran mayoría de mujeres inmigrantes además de por sus contenidos o las habilidades que desarrollan, por las ***posibilidades de relacionarse y establecer vínculos***. Si en el centro donde trabajas no existe posibilidad, puedes derivar a otros centros de atención integral u ONGs.

ABORDAR EL TEMA DE LA SEXUALIDAD

Algunas buenas oportunidades para abordar o introducir el tema de la sexualidad serían las conversaciones y/o las situaciones de asesoramiento sobre temas de salud, de higiene, de igualdad de género, de derechos humanos, de derechos y deberes de los ciudadanos, de habilidades sociales, de recursos que les ofrece su comunidad...

Otras posibilidades serían: proponiendo una charla sobre el tema en nuestra entidad (ONG, centro de salud, etc.), o introducir el tema de la sexualidad en charlas o cursos de temática relacionada (sobre salud, autoestima, habilidades sociales y familiares, de ciudadanía...)

Cualquier contexto en el que exista una relación de cierta confianza y un ambiente relativamente distendido puede dar lugar a tratar temas de salud sexual. Por ejemplo, las clases de español son una buena forma de abordar el nombre de las distintas partes del cuerpo e iniciar un diálogo sobre el cuerpo, las relaciones entre hombres y mujeres, la fecundidad, la maternidad/paternidad... dejando el campo abierto a posibles preguntas (cuya atención en ocasiones se tendrá que derivar al especialista correspondiente) o a facilitar información sobre recursos en materia de salud sexual.

Por su cultura o porque consideran que el tema de sexualidad es un tema más oculto, puede haber personas que queriendo aprender o consultar sobre ello no acaban de animarse. En realidad, puede que no sepan que estamos dispuestos a hablar con ellas o con ellos también de este tema. Una buena forma de mostrar esta disponibilidad es dando nosotros el primer paso.

Si nos oyen hablar de temas relacionados con la sexualidad, aprenderán de todo lo que les contemos, pero además *aprenderán que “pueden contar con nosotros o nosotras”* también en este tema. Es mucho más fácil hablar de sexualidad con quien se le ha oído hablar del tema. A veces no basta con quitar el cerrojo para que la puerta esté abierta, hay que abrirla.

CUESTIONES NO RESUELTAS

Obviamente, no es posible una sexualidad satisfactoria y feliz, si ciertos aspectos básicos de la vida de la persona no están resueltos. La atención, apoyo y (en caso necesario) derivación, para solventar cuestiones referentes a situación legal, social, laboral, de relaciones humanas... es especialmente importante cuando trabajamos con el colectivo inmigrante.

CONCEPTO DE SEXUALIDAD EN CLAVE MULTICULTURAL

Cada cultura genera unas ideas sobre sexualidad: qué se entiende por “sexualidad”, por erótica, y qué importancia se les concede socialmente, así como prohibiciones, permisos y prescripciones al respecto. También se generan en cada cultura unas ideas diferentes sobre los roles de género, los papeles asignados a mujeres y hombres, y qué significa (o conlleva) ser mujer o ser hombre.

Puesto que los gustos y las ideas son variadas, cada persona tiene el derecho de mantener sus propias creencias con respecto a la sexualidad, así como a mantener las prácticas que considere oportunas. El único límite a la libertad personal en materia de sexualidad es el derecho de la otra persona.

En clave multicultural, podemos movernos en los mismos parámetros: toda cultura tiene el derecho de construir su propia visión de la sexualidad, siempre dentro del marco de respeto a los derechos humanos.

Este respeto no es incompatible con el análisis y la reflexión sobre las posibilidades que abren (o cierran) las distintas ideas sobre sexualidad, en cada cultura (incluida, por supuesto, la nuestra). Las ideas nacen, crecen, cambian o se modifican... gracias al pensamiento reflexivo. Y con las ideas, pueden avanzar las culturas del mundo.



4. CONOCER PARA INTERVENIR. CÓMO VIVEN LA SEXUALIDAD ALGUNAS PERSONAS INMIGRANTES

En el caso de ciertos colectivos, como por ejemplo el de la población inmigrante, disponer de información acerca de sus creencias e ideas sobre sexualidad es fundamental.

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

Existen muchas realidades, muchas situaciones abordables desde la educación sexual, que no tienen un reflejo claro en estadísticas, pero que no por ello dejan de ser aspectos importantes. Es fundamental tener en cuenta que los objetivos de la educación sexual incluyen también: lograr que cada persona se sienta digna de ser querida, sea capaz de establecer relaciones amorosas de buen trato, relacionarse de una manera equilibrada, reconocer sus derechos a nivel erótico, tomar decisiones de manera libre en pos de su felicidad, saber pedir, decir no cuando así lo quiera, atender a sus deseos, disfrutar de las relaciones eróticas que



decida tener, saber que existen relaciones eróticas de muy diverso tipo (no sólo el coito), cuidarse...

La atención en sexualidad no sólo es necesaria para la prevención de ITG, sino también para mejorar en general la forma en que las personas vivimos nuestra sexualidad, y para proteger los derechos sexuales y reproductivos, **que son derechos humanos**. Y aún en el caso de que, como profesionales, sólo nos interese la prevención, hay que tener en cuenta que difícilmente se podrán disminuir las tasas de interrupciones voluntarias del embarazo o los casos de infección por VIH si no se tratan a la vez los objetivos mencionados en el párrafo anterior.

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

Conocer algo más sobre cómo viven la sexualidad en las distintas culturas que conviven hoy día en España es fundamental, y todavía queda mucho camino por recorrer en este sentido. Los estudios y las investigaciones, cuantitativas y cualitativas, son todavía escasos, así como las publicaciones al respecto.

Es necesario promover la investigación, la realización de programas, la publicación o difusión de experiencias, para profundizar en la atención en sexualidad a personas inmigrantes. Es necesario colaborar con otros y otras profesionales, buscando reflexiones conjuntas.

Es importante evitar el silencio o tratar la sexualidad sólo cuando aparece como “problema”.

La población inmigrante, y los profesionales y las profesionales que trabajan con dicha población (trabajadores sociales, médicos, personal de ONGs, profesoras y profesores, etc.), tienen mucho que aportar en este campo de la sexualidad y la inmigración.

Parte de la población que accede a los servicios de atención en sexualidad en la actualidad en España (o servicios de salud en general), es inmigrante.

Pero hay parte de esta población que no accede a estos servicios prácticamente nunca, o sólo en casos de urgencia. Sería importante en el futuro analizar los factores que promueven el escaso uso de los servicios de salud y de atención en sexualidad en el caso de determinadas poblaciones.

¿ES ADECUADO INTERVENIR EN LAS DISTINTAS FORMAS DE VIVIR LA SEXUALIDAD?

Por supuesto que las distintas formas de vivir la sexualidad que existen constituyen una riqueza. La diversidad nos enriquece.

Pero como hemos comentado en apartados anteriores, no debemos olvidar que el respeto por las distintas culturas (incluida la nuestra) no implica que no podamos conocer más sobre las diferentes formas de vivir y pensar sobre sexualidad, y que también podamos reflexionar y dialogar sobre las distintas posibilidades que abren o cierran ciertas ideas o creencias, aún aquellas de larga tradición histórica (y esto incluye también, por supuesto, a nuestra propia cultura).

Nuestro marco de referencia serán los Derechos Humanos. Y como sabemos, ***los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos. Cualquier tradición, por muy larga que sea su historia, que atente contra dichos derechos, merece ser revisada. También en los aspectos referentes a la sexualidad.***

Y cualquier tradición que muestre consideración por dichos derechos, por muy distinta que sea de la nuestra, merece ser respetada.

CON LA DIVERSIDAD EN LA MIRADA

Al abordar el estudio de la sexualidad en la población inmigrante conviene tener siempre “en la mirada” la diversidad de dicha población. No hay un perfil del inmigrante, sino muchas personas inmigrantes. ***No se “es” inmigrante, sino que se “está” en una situación de emigración.***

En esta población existe una gran diversidad: personas que se encuentran laboral y económicamente integradas, y con buen nivel de vida y personas con graves carencias; personas con una buena red de apoyo social y familiar y personas aisladas; personas que han podido acceder a una educación superior y personas que no han podido acceder a una formación básica...

En esa diversidad también hay: personas ***heterosexuales y homosexuales***, con o sin discapacidad, jóvenes y mayores, con raíces culturales muy diversas... con diferentes ***valores y estilo de vida***, todas y todos distintos entre sí.

Con esa diversidad en la mirada, vamos a ofrecer unas líneas sobre cómo viven la sexualidad en determinados colectivos de población inmigrante, teniendo en cuenta que las observaciones que siguen ***pueden ser pistas para el trabajo en sexualidad.***

Las observaciones que exponemos a continuación, proceden de las siguientes fuentes:

- Observaciones procedentes de intervenciones directas con población inmigrante (en talleres de sexualidad) dentro del programa de *Unaf* de Atención en Sexualidad a Población Inmigrante, desde el año 2007 (fecha de inicio del citado programa).
- Observaciones realizadas en otras actividades del programa de Atención en Sexualidad a Población Inmigrante realizado por *Unaf*, tales como el servicio de información sexual en persona y por teléfono, dirigido a inmigrantes.
- Aportaciones de los profesionales y las profesionales que trabajan diariamente con población inmigrante, en el sector sanitario, educativo, o en ONGs, y que nos han transmitido sus conocimientos en los cursos de formación de formadores o en las jornadas desarrolladas en el marco del programa de *Unaf*.
- Observaciones realizadas en talleres de educación sexual en centros públicos de enseñanza (principalmente en secundaria) en diversas comunidades (Madrid, Andalucía...).
- Observaciones realizadas en nuestro trabajo de dos años en una ONG dedicada a la atención integral de población inmigrante.
- Observaciones realizadas en los servicios de atención en sexualidad de la Asociación *Lasexologia.com*.
- También nos hemos basado en algunas publicaciones que se han realizado de experiencias que abordaban el tema de la sexualidad en personas inmigrantes, y que frecuentemente coincidían con nuestras observaciones, así como en entrevistas mantenidas con mediadoras y mediadores interculturales.

Estas observaciones pueden y deben *ser matizadas en el futuro*, por nuevos estudios, la descripción de nuevas experiencias, las aportaciones de los diferentes colectivos de inmigrantes, nuevas investigaciones... es necesario profundizar en el conocimiento de las vivencias de la sexualidad en distintas culturas, de las que todavía sabemos poco.

Vamos a generalizar, pero debemos recordar antes que no todas las personas que migran son iguales y que muchas de estas generalidades no serán válidas en algunas personas.

LA SEXUALIDAD EN DISTINTOS COLECTIVOS

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LA SEXUALIDAD EN LA POBLACIÓN CHINA

Realmente, nos falta mucho por conocer de esta población, y no sólo a nivel sexual. La población china, bastante numerosa en España, es, sin embargo, “silenciosa” y bastante desconocida.

China es una nación grande y compleja compuesta por culturas muy diversas. La población china comenzó a emigrar a Europa a principios del siglo XX, ya que hasta ese momento el país era más bien un receptor de inmigrantes. El sur de China, concretamente la región de Qingtian, así como la ciudad de Wenzhoy y sus alrededores (en la provincia de Zhejiang), es el origen de más del 80% de los chinos y chinas que llegan a España.

Con frecuencia, la población china mantiene una red social muy similar a la que tenía en su país de origen (amigos y amigas, conocidos...).

Se calcula que en el 2004 vivían en España unos 60.000 chinos/as, 40.000 regularizados, 5.000 chino/españoles, y que el 40% de los mismos son mujeres³.

Las personas chinas que viven en España con frecuencia se relacionan entre ellas y buscan sus propios recursos, mostrando en muchas ocasiones escasa red de apoyo social fuera de su círculo propio y cerrado.

Encontramos que muestran poco acceso al sistema de salud, un poco más a urgencias, o en los casos de asistencias ginecológicas, por ejemplo. Para muchos chinos y chinas es difícil acceder al sistema español de salud. Parece que influye bastante el desconocimiento del idioma, de la cultura, y una concepción diferente de la salud y del sistema sanitario, unido todo ello a una cierta idea de “estar de paso” (su proyecto migratorio es eminentemente económico, y la mayoría tiene la idea de volver antes o después a su país...) y un cierto aislamiento laboral.

Muestran roles de género muy marcados (según el confucianismo, una mujer correcta tenía que reunir condiciones como la obediencia –al marido, padre, hijo mayor...–, la castidad, la laboriosidad...). Frecuentemente, las mujeres muestran valores similares a los siguientes: ser trabajadoras, sumisas, castas, humildes... Esto se refleja en los dichos populares chinos, por ejemplo: “*si te casas con un pollo, sigue al pollo; si te casas con un perro, sigue al perro*”. (Es decir, la mujer tiene que seguir a quien quiera que se haya casado con ella. La idea aquí es que el

³ Como Conviven Las Mujeres Chinas En La Sociedad Española. Autora: Suping Pan. Suplementos nº 11 Junio 2004. Ofim. Oficina Regional para la Inmigración, Comunidad de Madrid.

*esposo era el amo de la esposa, de modo que el destino del esposo determinaba el destino de su mujer)*⁴.

Algunos estudios sí muestran indicadores de ciertas relaciones abusivas que no salen a la luz (maltrato) y violencia de género⁵. Sería necesario investigar más en este sentido.

La población china no suele denunciar, ni utilizar los recursos autóctonos. En muchos casos, ni siquiera hablan español, pese a residir durante años en España.

Por ejemplo, en una ONG dedicada al trabajo con inmigrantes, en la que colaboramos dos de las autoras del presente trabajo, encontramos frecuentemente que la población china no accedía a ninguno de los recursos que ofrecía la ONG (no acudían a la bolsa de empleo, ni a la orientación laboral, ni al servicio jurídico, ni a las clases de informática, ni a orientación psicológica, ni a las actividades culturales...). Sólo accedían a un único servicio (y no siempre): las clases de español. En el caso de las mujeres, además, solían acudir cuando necesitaban el idioma por motivos laborales, encontrando varios casos de mujeres que llevaban años en España, dedicadas al trabajo doméstico (cuidar a los hijos e hijas y al marido...), y que necesitaban hablar español cuando tenían que hacerse cargo del trabajo en un negocio familiar (tienda de comestibles, tienda de ropa...).

Cuando la actividad laboral se desarrolla en un comercio familiar, la población china en general le dedica muchas horas, mostrando valores muy marcados de laboriosidad. Parece ser que las mujeres dedican aún más horas a estos comercios. Muchas de estas personas tienen el proyecto de residir temporalmente en España para obtener beneficios económicos, y con ellos, regresar a su país, como mínimo, para envejecer y morir en su tierra.

No parece que haya problemas graves de embarazos no deseados entre la población china, y si los hay, no salen a la luz en las encuestas sobre IVE en España.

Sí parece que existe un buen conocimiento de métodos anticonceptivos, y aceptación de los mismos dentro del matrimonio, con frecuente uso del DIU, parece ser que debido a que en su concepción de la salud y la enfermedad no son muy tolerados otros métodos como la píldora (en su conciencia sanitaria no se asume con agrado la idea de tomar diariamente una pastilla durante meses o años sin que la mujer esté enferma).

Debido a las enseñanzas del Confucianismo y Taoísmo, se considera que las relaciones sexuales tienen la función principal de asegurar la procreación (por

⁴ Helena Amigo Gómez. *Asachi – Asociación Sociocultural Aragón China. Texto extraído de: "Jornadas Unaf Sexualidad e Inmigración"*. Edita: Unaf. 2009.

⁵ *Cómo Conviven Las Mujeres Chinas En La Sociedad Española. Autora: Suping Pan. Suplementos nº 11 Junio 2004. Ofim. Oficina Regional para la Inmigración, Comunidad de Madrid.*

tanto, giran en torno al coito), para que el hombre tenga descendencia, y también se considera que aumentan la longevidad y fortaleza masculinas.

Según Helena Amigo Gómez, coordinadora de proyectos de Asachi, *“Las relaciones sexuales son consideradas parte del orden natural y la práctica del mismo es deber sagrado de todo hombre y de toda mujer, **nunca es asociado a la culpa moral***. Esta unión se practica en la privacidad familiar, no por ser algo indecoroso, sino que debido a su raíz de carácter divino no debe realizarse frente a extraños”⁶.

En este sentido, encontraríamos una diferencia importante con la sociedad occidental, en la que sí se ha asociado durante mucho tiempo la sexualidad a la culpa y se ha considerado moralmente inadecuada su práctica, excepto en los casos en los que se utilizaba para coitar con fines exclusivamente reproductivos.

Pero en la población china la sexualidad sí que se asocia al pudor, a lo íntimo, al tabú, excepto en el seno de la pareja, lo que dificulta que se hable del tema y busquen información sobre esta cuestión, fuera de sus círculos habituales.

Para entender los conocimientos y actitudes de la población china frente a la concepción y la anticoncepción, hay que tener en cuenta también la “política del hijo único”, que se practica en su país. Dicha política ha hecho que sean muy frecuentes los abortos (voluntarios en China) y el uso de ciertos anticonceptivos (DIU, también esterilización en la mujer). Incluso, se utiliza el aborto como método anticonceptivo.

Todo el peso de la anticoncepción sigue recayendo en la mujer. Por ello, encontramos que los preservativos masculinos son aún poco usados, y con ello, aumenta el riesgo de transmisión de las ITG. Parece ser que la información al respecto (y en general, sobre cuestiones de sexualidad), es bastante escasa en China, con lo que la población que trabaja en España tampoco dispone de mucha información al respecto.

En palabras de Helena Amigo: *“El Gobierno chino, que durante años ha hecho la vista gorda o ha instigado el aborto como método anticonceptivo, está cambiando de actitud. La amenaza del SIDA empuja a las autoridades a promocionar el preservativo, pero es un cambio difícil en la sociedad china machista”*.

En los casos en los que hemos trabajado con chinos y chinas jóvenes en clases de educación sexual ofrecidas en los institutos de enseñanza secundaria, hemos encontrado a menudo poco interés, y probablemente, escasa asimilación, de la educación sexual ofrecida. Según nos han comentado los tutores de los cursos,

⁶ Helena Amigo Gómez. *Asachi – Asociación Sociocultural Aragón China. Texto extraído de: “Jornadas Unaf Sexualidad e Inmigración”*. Edita: Unaf. 2009.

muchos de estos chicos y chicas sí muestran buen rendimiento académico (a veces no, principalmente por el obstáculo del idioma). Sin embargo, en clase de educación sexual algunos se “despistaban” y leían libros en chino aduciendo que “no entendían”.

También hemos encontrado que en otros casos sí había interés y se asimilaban bien los contenidos. Frecuentemente, coincidía esta circunstancia en alumnos o alumnas a los que se percibía socialmente bien integrados (con amigos y amigas en clase, que podían trabajar en grupo y no eran rechazados).

En este sentido, señalar que a veces hemos observado dificultades de integración en el centro escolar. Por ejemplo, a la hora de hacer un trabajo en grupo, algunos chicos y chicas de la clase no querían sentarse con un alumno chino (“no, con el chino no, con el chino no, no nos pongas con el chino”).

Probablemente, la asimilación de contenidos referentes a sexualidad, dependerá en gran medida de la integración en general de estos chicos y chicas en clase, y del grado en que se sientan “parte del grupo”.

En cuanto a los matrimonios (o relaciones de pareja), señalar que, incluso entre los hijos e hijas de chinos que ya han nacido en España y se han criado aquí, es frecuente que los matrimonios se realicen entre miembros de su propia población, o descendientes, por presiones familiares.

Dadas las especiales características de la población china, de cara a mejorar el trabajo en sexualidad con este colectivo, consideramos las siguientes posibilidades como vías muy interesantes para seguir en el futuro:

- Fomentar la integración en el sistema educativo (con la implicación de profesores, tutoras y tutores...).
- Potenciar el trabajo con mediadores/as chinos/as.
- Facilitar el acompañamiento al centro de salud con traductores y/o mediadores

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LA SEXUALIDAD EN LA POBLACIÓN LATINOAMERICANA

En esta población también encontramos roles de género bastante marcados. A veces, si las personas llevan un tiempo residiendo en España, estos roles se flexibilizan (sobre todo en personas jóvenes).

También encontramos en algunos casos un inicio temprano de las relaciones coitales, y asimismo de la maternidad/paternidad.



Al igual que en la población marroquí y china, hay una gran influencia de la familia en las ideas y comportamientos sobre sexualidad, principalmente de las madres (en ellas) y de los padres (en ellos).

Dentro de los roles de género, hay una imagen bastante acusada del hombre como conquistador, infiel y promiscuo, que debe ser activo sexualmente, y que se transmite en el entorno familiar y en el grupo de iguales.

Por ejemplo, en uno de los talleres que impartimos, una mujer ecuatoriana de 42 años, nos contó lo siguiente:

“Yo tenía un amigo con un niño de tres años. Él le decía todo el tiempo a su niño: “tú tienes que hacer feliz a muchas mujeres”, y el niño, con tres años, me decía tonterías de que si quería salir con él y ser su novia, y que iba a tener muchas novias...”

Esto puede tener relación con el hecho de que en algunos países latinoamericanos la idea de masculinidad se encuentra muy asociada a mostrar un marcado interés hacia las mujeres, como si el “ser hombre” fuera algo a demostrar con lo que se hace, y no tanto algo que se es.

Se aprecian algunos conocimientos de los métodos anticonceptivos, especialmente los hormonales, que son los más populares. La anticoncepción en muchos casos se considera tarea de la mujer, por lo que no es casual la popularidad de los métodos hormonales, que dependen exclusivamente de ella.

Tomar la píldora (o cualquier otro método anticonceptivo de carácter hormonal), se suele denominar “cuidarse”.

“Yo me cuido, para no quedar embarazada”, “Yo le digo a mi hija que se cuide”– mujer, colombiana, 38 años.

Precisamente por esta idea de que la anticoncepción es “tarea femenina”, se rechaza a veces el uso del preservativo masculino. También hemos encontrado frecuentemente que se rechaza por ser considerado incómodo, y por los mitos que existen con respecto a su uso.

Encontramos escasa conciencia de los riesgos de Infecciones de Transmisión Genital (o ITG). Se infravalora (y mucho) el riesgo de infección por VIH y el sida. Por eso, la idea de prevención dentro de muchas personas de este grupo, está sobre todo ligada a prevenir embarazos que no se desean más que a prevenir las ITG o el VIH y el sida.

“Mi cuñado tiene 50 años y es un mujeriego. Está muy gordo y parece saludable. Se contagió del SIDA. Tú lo ves y no te imaginarías nunca que lo tiene, pero lo tiene. Nos sorprendió a todos mucho, que lo cogiera”– mujer de 45 años, ecuatoriana.

En diversos talleres hemos observado que la percepción de riesgo en este grupo es bajísima. Si unimos esta baja percepción de riesgo a otros factores, como por ejemplo la escasa popularidad del preservativo (que se usa solamente como método anticonceptivo, y que con frecuencia se sustituye por algún método hormonal cuando la relación se vuelve estable), así como la reticencia a realizar pruebas de detección del VIH incluso entre las personas que han mantenido relaciones de riesgo, no es descabellado sospechar que las tasas de VIH+ entre esta población pueden ser importantes.

Estas observaciones se ven corroboradas por diversos estudios, que muestran que el lugar de origen más frecuente entre los inmigrantes con diagnóstico de VIH en España, es Latinoamérica, seguido habitualmente de África subsahariana o bien de otros países de Europa occidental, con una escasa participación de personas provenientes del norte de África⁷.

Muchos varones (y algunas mujeres) consideran que el embarazo es responsabilidad de la mujer, y que si se ha quedado embarazada, debe asumir ella sola la carga (con actitudes a veces de “reproche” o “castigo” hacia la mujer por haber tenido contactos coitales):

⁷ “Epidemiología de la infección por VIH en inmigrantes en España: fuentes de información, características, magnitud y tendencias”. *Gaceta Sanitaria*, v.24 n.1 Barcelona ene. 2010. Autores: Ana María Caro-Murillo, Jesús Castilla Catalán y Julia del Amo Valero.

“Si una chica viene y le dice a mi hijo que ese niño es suyo, eso no se puede saber. Si ha estado con él, puede haber estado con otros” – mujer 48 años, colombiana.

“Si la chica se queda embarazada es porque no se ha cuidado. Si yo tengo una relación con ella yo supongo que se cuida (toma la pastilla anticonceptiva). Si no la toma ¿cómo lo puedo saber? Es cosa suya” – hombre de 28 años, ecuatoriano.

Diferentes estudios indican que se aceptan y a veces consienten algunas formas de abuso y maltrato, que se infravaloran (se consideran leves o poco importantes), y que existe también a veces una culpabilización de la propia mujer víctima de malos tratos⁸.

En las terapias sexuales y de pareja que realizamos, así como en los comentarios de algunas asistentes a los talleres, hemos podido constatar la existencia de relaciones abusivas mantenidas durante años, algunas de las cuales se rompen tras unos años de residencia en España, o se encuentran próximas a la ruptura:

“En Ecuador él ya se portaba así, me perseguía, me controlaba, no me dejaba en paz, a veces me empujaba y me insultaba... pero allí no había trabajo, y yo me tenía que aguantar. Ahora que yo trabajo y gano dinero aquí, me pregunto a veces si tengo yo que aguantar esto, y sé que llevamos 20 años juntos, pero es que estoy tan cansada... si no me acerco a él, me dice que es porque tengo un amante, si me acerco y tenemos relaciones, me dice que dónde he aprendido yo a hacer esto o lo otro, que quién me lo ha enseñado, que si tengo un amante... y encima se queja de que no me acerque a él” – mujer, ecuatoriana, 40 años.

Hemos encontrado también en algunas mujeres jóvenes, en cambio, un rechazo absoluto de estas situaciones y una rápida huída de las parejas que maltratan:

“Este novio que yo tenía, un día me pegó, porque se enfadó por algo que dije, estábamos en una fiesta de amigos y él había bebido. Me golpeó y yo me asusté y le golpeé con un zapato. Lo dejé después de aquello, y después me perseguía, para que volviera, incluso su madre me llamó para que volviera. Pero yo ya no quería nada con él, fue pegarme y no sé, me desenamoré totalmente de él, es que ya no me gustaba nada” – ecuatoriana, 22 años.

Para las mujeres, la maternidad se muestra como un valor importante. Por ello, encontramos que a veces se producen embarazos en adolescentes, pero emba-

⁷ Por ejemplo: “No sólo es pegar. Discursos de Mujeres Inmigrantes en Torno a la Violencia de Género”. Edita: Agrupación de Desarrollo Nexos, Subdirección de Postgrado e Investigación de la E.U. de Trabajo Social de la Universidad Complutense. 2008.

Otro ejemplo: “La Juventud Inmigrante en España. Comportamientos Sexuales y propuestas para la prevención de Riesgos”. Isabel Serrano Fuster. Edita: Instituto de la Juventud. 2007. Isabel Serrano Fuster.

razos que han sido deseados (algo que sorprende desde la concepción de la maternidad y el embarazo que tenemos actualmente en España).

En cuanto a la educación sexual de los hijos e hijas, tema que hemos tratado en ocasiones en los talleres, hemos encontrado la presencia frecuentemente clara del “doble proyecto educativo” (en función del sexo):

“Yo a mi hija le digo que tenga cuidado, que los hombres siempre van a lo mismo, que no se vaya con cualquiera y que lo haga por amor, con un buen hombre que se comprometa. A mi hijo le digo que aproveche y se lie con todas las que pueda” – mujer, ecuatoriana, 42 años.

En el sistema educativo, encontramos casos de chicas y chicos bien integrados y con buen rendimiento académico y casos de chicas y chicos con escaso rendimiento académico (frecuentemente hemos encontrado abundante población latinoamericana y magrebí en los grupos de garantía social y ACE de los centros educativos).

Hemos observado que en esta población hay acceso a los recursos sanitarios, educativos... también a los recursos anticonceptivos y de planificación familiar. En muchos casos, encontramos buena integración en la sociedad española. Posiblemente el idioma común, y cierta cercanía cultural, lo faciliten.

Se aceptan las IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo), como un mal menor ante un embarazo no deseado.

Diversos estudios muestran que se han encontrado casos de uso del medicamento “Cytotec” para provocar la interrupción del embarazo, con los riesgos que conlleva. Habría, por tanto, que tenerlo en cuenta cuando se imparta educación sexual a esta población⁹.

Como nota curiosa, en nuestros talleres hemos encontrado a hombres adultos latinoamericanos (peruanos, colombianos) que no cumplen en absoluto los estereotipos típicos que a veces se tienen del hombre latinoamericano. Muchos alumnos de nuestros talleres se caracterizaban por poseer un nivel cultural alto, y menor influencia de los roles de género de la que a veces se encuentra en la población española.

“Yo lo que siempre he buscado es una relación estable. Me fui de Suiza porque la gente era fría, no era posible encontrar allí una mujer con la que tener una relación estable de amor y afectividad. Siempre he sido muy afectuoso y eso es lo que he buscado en una mujer” – hombre 50 años, peruano.

⁹ “La Juventud Inmigrante en España. Comportamientos Sexuales y propuestas para la prevención de Riesgos”. Isabel Serrano Fuster. Edita: Instituto de la Juventud. 2007. Isabel Serrano Fuster.

En las intervenciones que hemos llevado a cabo para una emisora latinoamericana, realizando un consultorio sobre sexualidad, nos ha sorprendido encontrar frecuentes mitos con respecto a la homosexualidad (masculina, la femenina ni se plantea), y también un claro rechazo y bastante desinformación sobre el preservativo masculino. También notoria la ausencia de preguntas sobre ITG, un tema muy invisibilizado.

Como anécdota curiosa, comentar que en un taller intercultural que realizamos con mujeres inmigrantes, ante nuestra pregunta “¿De que pensáis que hablaremos en este taller de sexualidad?”, la respuesta de una de las mujeres asistentes (de procedencia colombiana) fue: ***“Bueno, como somos mujeres inmigrantes, pues supongo que de abortos, el Sida, enfermedades y todo eso ¿no?”***. Este comentario refleja una expectativa que a nuestro juicio es una consecuencia derivada de la tendencia (muy marcada en los medios de comunicación) de abordar la sexualidad de las personas inmigrantes sólo para hablar de peligros, riesgos y problemas.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA SEXUALIDAD EN LA POBLACIÓN MARROQUÍ

En la población marroquí la vida adulta se concibe en el seno de una pareja heterosexual y a ser posible con hijos e hijas, siendo la maternidad/paternidad un valor muy importante, sobre todo en las mujeres, de tal forma que los talleres de sexualidad que hemos organizado con este colectivo frecuentemente han tocado abundantemente el tema de la maternidad y su vivencia.

Los vínculos familiares son muy fuertes, y también determinantes en cuanto a las ideas, creencias y comportamientos sobre sexualidad. La familia se entiende en un sentido muy amplio (madres, padres, primos, abuelos y abuelas...). La familia ejerce gran presión (y opina) en cuestiones tales como la maternidad (si hay o no hijos), la relación de pareja, etc.

Existe un rechazo mayoritario de la homosexualidad, y también una visión muy negativa de los “hombres afeminados”. La homosexualidad femenina está muy invisibilizada.

“En mi país no existe la homosexualidad. Eso es una cosa de aquí”–chico marroquí, 14 años.

Además, también se observa bastante confusión sobre la homosexualidad, considerándose en muchos casos como una patología o enfermedad, o algo que tiene que ver con la identidad sexual o con el hecho de ser menos hombres:

“La solución para los hombres homosexuales es que vayan al médico y les den algo para que se vuelvan hombres”– chico marroquí, 15 años.

En las conductas de coito anal entre dos hombres, se acepta el papel del hombre que “penetra”, el “activo”, identificándolo con el papel masculino, pero se rechaza el papel del hombre “pasivo”, el penetrado, al que se considera “el maricón”.

Las conductas de penetración con otros hombres (el denominado “papel activo”) son aceptadas en determinados momentos de la vida en los que se supone que no hay mujeres disponibles, por ejemplo en la juventud (puesto que se asume que la mujer debe llegar virgen al matrimonio).

“Es que en mi país se diferencia bastante entre el que da y el que toma, el que toma es un maricón y el que da es un machote, o es un... ¿entiendes?”– Ibrahim, marroquí. Extraído de: “Estudio Sociológico y Jurídico Sobre Homosexualidad en el Mundo Islámico”¹⁰.

Este fuerte rechazo a la homosexualidad produce, según indican algunos estudios¹¹, que los hombres marroquíes homosexuales, con frecuencia establezcan “dobles redes”: por un lado, amigos (usualmente, del país de acogida) que conocen su homosexualidad, y por otro, mantenimiento de las redes familiares que frecuentemente desconocen su homosexualidad. Parece que a muchos hombres homosexuales no les gusta establecer demasiados contactos con compatriotas, aunque sean también gays.

En los talleres de sexualidad que hemos organizado con población marroquí, los chicos que han acudido a los mismos frecuentemente eran menores, y acudían porque se lo habían indicado sus monitores/as.

Otros chicos han recibido educación sexual a través del instituto, o de aulas de compensación educativa, de garantía social, o están internados en centros de menores y han solicitado algún taller. El papel de los educadores y educadoras, profesores, tutoras, trabajadores sociales, etc. que están en contacto con esta población, es fundamental de cara a determinar que posean o no algo de información y educación sexual.

Observamos a veces dificultad para tratar el tema de la sexualidad en ambientes distintos de los amigos, y en algunos casos, los familiares.

Hemos constatado que se produce un mal funcionamiento de algunos grupos si hay escaso conocimiento de la cultura de acogida y del idioma. Por ello, re-

¹⁰ “Estudio Sociológico y Jurídico Sobre Homosexualidad en el Mundo Islámico”. Edita Cogam. Madrid, 2007. Autores: Lola Martín Romero, Manuel Rodenas Pérez, Fernando Villamil Pérez.

¹¹ *Idem anterior.*

comendamos que el trabajo en educación sexual con esta población se realice una vez que exista un cierto conocimiento de la cultura de acogida y del idioma.

Por supuesto, lo idóneo sería contar con mediadores y mediadoras culturales para las intervenciones de educación sexual (ya se han realizado algunas experiencias en este sentido con buenos resultados)¹².

Frecuentemente hemos encontrado que los chicos marroquíes menores desconocen palabras y expresiones de uso común relacionadas con sexualidad (masturbación, coito...), incluso chicos escolarizados y que manejan correctamente el español.

En el caso de las chicas, hemos observado que acudían a los talleres cuando había una convocatoria abierta, sobre todo a partir de los 19 o 20, estando algunas ya casadas y con hijos/as.

Es de señalar que en algunas organizaciones con las que hemos colaborado habían cambiado el título del taller (en lugar de “diálogos sobre sexualidad” lo habían llamado “taller de salud”, por ejemplo), porque tenían la experiencia de que si aparecía la palabra “sexualidad” muchas mujeres marroquíes no acudirían.

Las mujeres asistentes a los talleres, cuando se sentían en confianza, hablaban y mostraban una actitud muy participativa y de escucha atenta. En grupos en los que hemos trabajado con mujeres marroquíes y mujeres de otra procedencia (españolas, latinoamericanas...) también hemos encontrado que funcionaban bien si se creaba un ambiente cordial.

Muchas de estas mujeres sí suelen acceder a los recursos existentes en España (centros de salud, etc.).

En ambos sexos, encontramos un importante peso de la religión en sus ideas sobre la sexualidad, las relaciones entre los sexos y la pareja. En nuestra experiencia hemos encontrado mucha diversidad en las mujeres procedentes de Marruecos. Las diferencias entre unas mujeres y otras y sus actitudes y reflexiones sobre la sexualidad, variaban principalmente en función de si se habían criado en zonas rurales o por el contrario en grandes ciudades como Rabat, Tánger, Casablanca o Marrakech. Algunas presentaban una ideología muy tradicional y otras sin embargo, mostraban actitudes más flexibles y abiertas. Muchas de las mujeres procedentes de núcleos rurales, fundamentalmente del norte de Marruecos, realizaban comentarios o preguntas en los talleres que denotaban una ideología bastante tradicional en lo relativo a la sexualidad, con mucho peso de la religión y en ocasiones con una marcada actitud de sumisión de la mujer en las relaciones sexuales y de pareja.

¹² Un ejemplo lo tenemos en la experiencia desarrollada por Abdelouahed Amal Amane, mediador intercultural del SMMSI y Ana Lobera Labadía, sexóloga y D.U.E del Centro Municipal de Promoción de la Salud “Amparo Poch” de Zaragoza, en sus experiencias de intervención en Educación Sexual con Menores No Acompañados (MENA’s). Experiencia incluida en el libro “Jornadas Unaf de Sexualidad e Inmigración 2007-2009”.

“Una amiga mía vomitaba después de tener relaciones. ¿Por qué podría ser esto?”– mujer, marroquí, de aproximadamente 35 años.

“Yo las relaciones las tengo con una sábana entre mi marido y yo, y la sábana tiene un agujero...”– mujer, marroquí, 40 años.

“¿Puede la mujer negarse a tener relaciones, aunque quiera su marido?”– mujer, marroquí, aproximadamente de 35 años.

Como nota curiosa, señalar que en algunos casos hemos encontrado interesantes reacciones de algunas mujeres frente a los genitales femeninos. Usualmente, como parte del taller, y cuando hay un clima de confianza, hablamos sobre la anatomía genital femenina, la posición y función del clítoris femenino, el orgasmo en la mujer, etc. En nuestra experiencia de trabajo con mujeres españolas, hemos observado que frecuentemente las mujeres españolas miran con cierto recelo e incluso con claro desagrado (en algunos casos se podría tildar de “asco”) la imagen de unos genitales femeninos. En las mujeres marroquíes hemos encontrado una actitud de abierta curiosidad sin el aparente desagrado de la mujer autóctona. Nos preguntamos si estas observaciones son algo puntual que se ha dado sólo en algunos de nuestros grupos, o podrían responder a una educación diferente (y menos asociada al pecado, la culpa y lo sucio) con respecto al genital femenino que se ofrece a las mujeres marroquíes.

Los chicos aprenden lo que saben sobre sexualidad principalmente hablando con los amigos, en la calle, y ocasionalmente con algún pariente (tío, primo, hermano mayor...). En los centros educativos de su país de origen no es habitual recibir educación sexual, y no es un tema del que se hable fácilmente.

Las chicas a veces hablan con las madres, o con familiares muy cercanos, y tratan más bien temas relacionados con la regla y las normas de comportamiento erótico (no hagas esto hasta que...).

En el caso de los chicos, algunos estudios indican que sus primeros contactos eróticos y coitos suelen ser con chicas españolas, a veces también inmigrantes (latinoamericanas), y a veces también de su país¹³.

Los chicos suelen mostrar una alta valoración de la virginidad, especialmente en el caso de sus futuras esposas. Ellas también valoran bastante la virginidad de las mujeres, pero la de los chicos ni se menciona.

La masturbación en muchos casos es vista con normalidad en los chicos. En las mujeres, frecuentemente es rechazada. Hemos encontrado grupos de mujeres

¹³ “La Juventud Inmigrante en España. Comportamientos Sexuales y propuestas para la prevención de Riesgos”. Isabel Serrano Fuster. Edita: Instituto de la Juventud. 2007. Isabel Serrano Fuster.

que comentaban que ni siquiera sabían si existía una palabra para denominar la masturbación en su idioma (una vez más, es algo que se invisibiliza en el caso de la mujer).

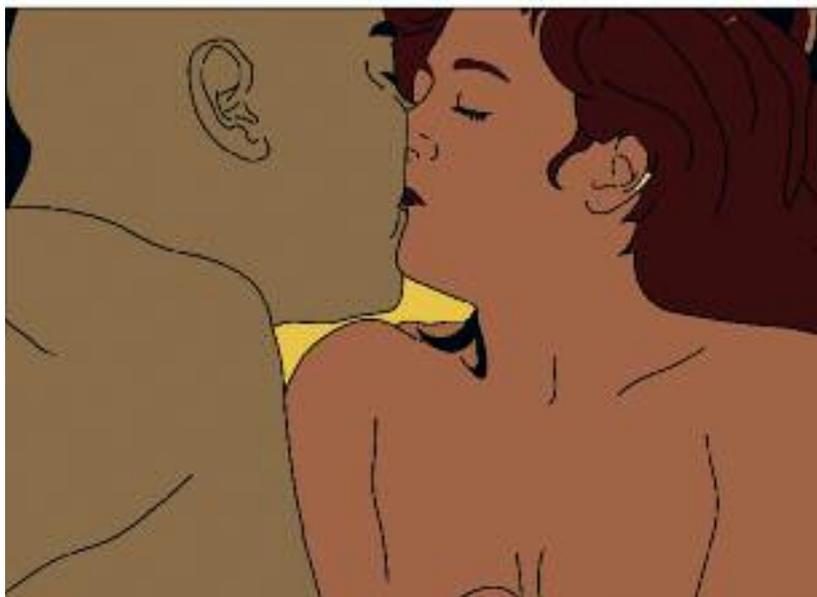
Hablando con chicos marroquíes en un taller, uno de ellos comentaba en relación con la masturbación:

***“Como voy a decirle a mi novia que me masturbe... Eso para las prostitutas”.
– chico marroquí de 15 años.***

Parece que existe una especie de distinción entre las prácticas consideradas más o menos “aceptables” para mujeres, coincidiendo con una idea reproductiva de la sexualidad y las relaciones eróticas: aquellas prácticas cuyo fin no es reproductivo, son poco aceptables para una mujer con la que se tiene una relación “seria”.

Existe una idea del “respeto”, entendido como la aceptación y el seguimiento de las ideas y roles más tradicionales dentro del matrimonio, la familia... faltar a estas creencias tradicionales, que frecuentemente muestran roles de género muy rígidos, y de subordinación de la mujer, se suele tildar de “falta de respeto” o “ausencia de respeto”.

Es difícil, sobre todo en el caso de las chicas, que se planteen establecer matrimonios con chicos que no sean musulmanes, y originarios de su país.



Los temas referentes a la sexualidad se tratan poco en el seno de la familia, excepto para hablar sobre normas de conducta en cada uno de los sexos (lo permitido y no permitido, lo prohibido...). Pero cuando las personas llevan un tiempo viviendo en España, a veces estas influencias se hacen menos importantes, y se asimilan algunas de las ideas de la población de acogida (especialmente entre las mujeres y los jóvenes).

En cuanto a métodos anticonceptivos, el que mejor suelen conocer es el preservativo masculino. A veces se menciona también el coito interrumpido. No se conocen muchos problemas de embarazos no deseados en esta población (al menos entre las mujeres marroquíes), posiblemente porque las mujeres retrasan sus relaciones coitales hasta el matrimonio. No se sabe, sin embargo, en cuántos embarazos no deseados de mujeres no marroquíes ha participado un chico marroquí (en algún centro educativo nos hemos encontrado con chicos marroquíes que habían tenido relaciones con chicas españolas o latinoamericanas y que se habían encontrado con un embarazo no deseado).

Parece que, en general, en las relaciones esporádicas se acepta el uso del preservativo masculino, principalmente si la mujer propone su uso y se mantiene firme en esta proposición (si no lo propone ella o no se mantiene firme, no es inusual que no se utilice). Entre los chicos, a veces pareciera que el hecho de llevar un preservativo en el bolsillo o exhibirlo proporcionara cierto “estatus” en el grupo de iguales. Algo que tampoco difiere de ciertos comportamientos de la población española en grupos de adolescentes.

Hemos observado cierta preocupación por los embarazos, pero no así en el caso de las infecciones de transmisión genital. **Es curioso mencionar que algunas mujeres se sienten “a salvo” de las ITG porque acuden al matrimonio sin haber practicado nunca un coito, sin embargo, no se tiene en cuenta que ellos sí suelen tener relaciones coitales y de otro tipo antes del matrimonio, y pueden transmitirle a ella una ITG¹⁴.**

También hemos observado un enorme rechazo de las relaciones coitales durante la menstruación, principalmente en mujeres.

“¿De verdad hay mujeres que hacen eso durante esos días? No me lo creo. Eso no lo hace ninguna mujer, qué asco” – mujer, marroquí, 26 años.

Se rechaza y se desprecia la prostitución, pero sin embargo los chicos a veces hacen mención a relaciones que han mantenido con prostitutas. Se rechazan también las IVE.

¹³ “La Juventud Inmigrante en España. Comportamientos Sexuales y propuestas para la prevención de Riesgos”. Isabel Serrano Fuster. Edita: Instituto de la Juventud. 2007. Isabel Serrano Fuster.

¹⁵ “No sólo es pegar. Discursos de Mujeres Inmigrantes en Torno a la Violencia de Género”. Edita: Agrupación de Desarrollo Nexos, Subdirección de Postgrado e Investigación de la E.U. de Trabajo Social de la Universidad Complu-

Verbalmente, la mujer rechaza el maltrato en la pareja. Sin embargo, algunas investigaciones apuntan a la existencia de maltrato psicológico, sexual y social, *relativamente consentido por las mujeres*¹⁵.

Como hemos mencionado anteriormente, existen diferencias notables entre la población que proviene del medio rural y del medio urbano. También existen diferencias notables en cuanto a las ideas sobre sexualidad entre la población de nivel socio-económico alto y la población de nivel socio-económico medio-bajo. En un taller con mujeres de diferentes procedencias, preguntamos a una mujer marroquí de 38 años si en su país se organizaban tertulias o talleres similares. Nos comentó que había organizaciones y asociaciones que realizaban actividades de este tipo, tanto para hombres como para mujeres. Explicó que las personas interesadas en asistir solían ser aquellas de nivel cultural o económico más alto. Sin embargo, también nos contó que no se trataba la educación sexual en los centros educativos.

Tanto hombres como mujeres a veces manifiestan sentirse rechazados por ser musulmanes, aquí en España.

Según nuestra experiencia con población marroquí, el sexo del profesional que conduce la sesión es importante. Cuando hemos organizado grupos de mujeres marroquíes, algunas de ellas pedían que no acudieran hombres como condición para asistir al taller. Los talleres con chicos adolescentes marroquíes, también suelen funcionar mejor si el educador es hombre, o si también lo es el mediador presente.

Sin embargo, tal vez en las consultas privadas (en centros de salud, en servicios sociales...) el sexo del interlocutor no tenga tanta importancia como en los talleres. Por ejemplo, algún mediador marroquí (hombre) también nos ha comentado que se ha sorprendido en ocasiones porque en algunas consultas privadas en el centro cultural en el que trabaja, ha tratado el tema de la salud sexual con alguna mujer marroquí y ella se ha mostrado dispuesta a hablar sobre el particular sin sorpresa ni disgusto.

No hemos tenido experiencia hasta ahora de hombres marroquíes adultos que acudieran a los talleres que hemos organizado.



ALGUNAS (BREVES) REFLEXIONES ACERCA DE LA SEXUALIDAD DE PERSONAS PROCEDENTES DE PAÍSES DEL ESTE EUROPEO

En los talleres que hemos realizado, y entre los usuarios y las usuarias del programa, la población procedente de países del Este de Europa no ha sido muy numerosa. A nuestros talleres interculturales han asistido principalmente mujeres procedentes de Rumanía y de Bulgaria, que conocían bien el idioma español y que aparentemente, parecían bien integradas.

Nuestra experiencia con esta población ha sido poca, y las conclusiones que podemos obtener aún escasas. Sin embargo, existen algunos hechos que nos han llamado la atención, y querríamos destacar.

Uno de ellos es que las mujeres que han asistido a nuestros talleres procedentes de estos países han acudido solas. La mayoría de las mujeres marroquíes y también de las mujeres latinoamericanas acudían a los talleres acompañadas de amigas. Las mujeres procedentes del Este de Europa parecían dar menos importancia al hecho de acudir acompañadas de amigas o conocidas.

Otro hecho que hemos observado es que, en general, mostraban una actitud abierta ante la sexualidad, a juzgar por sus comentarios y reflexiones. Muchas manifestaban tratar el tema con naturalidad con sus hijos e hijas. Generalmente, han sido bastante participativas, han aportado opiniones y comentarios y se han implicado en el grupo de manera activa.

No hemos contado en los talleres con asistentes de etnia gitana, población que se maneja en circuitos más cerrados y propios y a la que resulta más difícil acceder.

SOBRE LOS HOMBRES INMIGRANTES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN

Merece la pena hacer mención a los hombres que ejercen la prostitución, ya que en una proporción muy elevada se trata de hombres inmigrantes, procedentes sobre todo de algunos países latinoamericanos (Brasil...), de Europa del Este, Marruecos y Argelia.

Algunas investigaciones y estudios realizados al respecto¹⁶ concluyen que este grupo es especialmente vulnerable en cuanto a las ITG, el VIH y el sida. Y resulta inte-

¹⁶ "Trabajadores Masculinos del Sexo: Aproximación a la prostitución masculina en Madrid 2006". Zaro Rosado, Iván; Peláez Murciego, María; Chacón García, Alejandra. Fundación Triángulo. Programa para Trabajadores Masculinos del Sexo.

resante reflexionar sobre el hecho de que algunos de los factores que inciden en esta vulnerabilidad tienen que ver con algunas ideas y peculiaridades culturales.

Sabemos que en los países del Magreb y de Europa del Este la homosexualidad está muy estigmatizada. En relación a la práctica de la penetración anal entre hombres, se considera que la persona verdaderamente gay es aquella que es penetrada, y no tanto la que penetra (a la que de alguna manera se le asigna el rol masculino). La prostitución también es considerada una práctica denigrante, y propia de población marginal.

Tal es la estigmatización que en estos países se realiza de la homosexualidad y de la prostitución, que resulta bastante complicado el que muchos hombres que ejercen la prostitución se identifiquen a sí mismos como gays o como hombres que se prostituyen. Estas ideas tienen como consecuencia que en muchas ocasiones se mantengan relaciones de penetración anal sin protección (preservativo), al no considerarse necesario por no identificarse los hombres como “gays” ni “prostitutos”, y pensar que el VIH es una infección que solamente afecta a estos colectivos.

LAS MUJERES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN. ALGUNAS REFLEXIONES

Dentro del grupo de mujeres que ejercen la prostitución también hay un marcado predominio de mujeres inmigrantes. La prostitución es un tema bastante complejo, y los circuitos en los que se desarrolla muy diversos (pisos, clubes de carretera, prostitución callejera, redes...), pero frecuentemente, los motivos para la iniciación y el mantenimiento del ejercicio de la prostitución suelen ser comunes para la mayoría de las mujeres: precariedad económica, dificultades para conseguir otro tipo de trabajos, la adquisición de deudas que nunca terminan de saldarse... todo ello se ve complicado por la marginalidad y la estigmatización que envuelve esta actividad.

Es una población con unas características específicas, a la que resulta especialmente complicado hacer llegar información sobre determinados servicios y recursos, y ofrecer atención en sexualidad. De hecho, muchos de los servicios que se emprenden orientados hacia mujeres que ejercen la prostitución suelen ser unidades móviles que se desplazan a los lugares en los que se ejerce (clubes, calle o pisos).

Las mujeres que ejercen la prostitución son personas especialmente vulnerables en diferentes aspectos de su sexualidad: no solamente en lo relativo a los riesgos (ITG, VIH y sida), donde pueden estar especialmente expuestas. Sino también en lo relativo a otros aspectos, derivados de las diversas experiencias asociadas al mantenimiento de relaciones sexuales (genitales) en condiciones en

las que el deseo no es justamente la razón para mantenerlas, y en condiciones de subordinación ante la persona que paga por el contacto genital.

Las necesidades económicas, o las presiones de los usuarios de la prostitución, pueden hacer que muchas de estas mujeres se expongan a situaciones de riesgo. Las condiciones precarias en las que algunas de estas mujeres ejercen, las relaciones abusivas con proxenetas, y las situaciones de aislamiento en las que algunas se encuentran, tampoco son las más adecuadas para tomar decisiones que protejan su salud y su bienestar, e incluso dificultan el acceso a recursos o la búsqueda de una red de apoyo.

Por este motivo, consideramos que es esta población, la de las mujeres (normalmente inmigrantes) que ejercen la prostitución en condiciones más precarias, una de las que merece mayor atención en este sentido, y a la que, justamente más trabajo cuesta llegar. Pero se están poniendo en marcha distintas iniciativas para lograrlo, seguramente en el futuro los y las profesionales tendremos que esmerarnos porque estas iniciativas aumenten.

OTRAS REALIDADES, NUEVOS RETOS...

La sexualidad ha estado mucho tiempo en el cajón de lo oculto; bien por pudor o simplemente por descuido, se ha hablado poco sobre sexualidad. Ahora las cosas comienzan a ser diferentes en nuestro país. Cada vez más, las personas quieren hablar de este tema y de hecho lo hacen; en círculos de amistades, con la pareja, con los hijos e hijas... Y también en el ámbito de trabajo, cada vez son más los y las profesionales que abren un hueco a la sexualidad y la incluyen entre los posibles aspectos a trabajar, además como algo valioso e incluso prioritario.

Gracias a esta apertura y al diálogo se está haciendo posible conocer realidades que durante mucho tiempo han permanecido en el ámbito de lo privado. Estas nuevas realidades plantean nuevos retos de trabajo, de atención e investigación. Cobra gran importancia la comunicación entre todos aquellos profesionales y aquellas profesionales que trabajan este tema, el de la atención en sexualidad de las personas inmigrantes (trabajadores o trabajadoras sociales, personal sanitario, educadoras o educadores, mediadoras, agentes de salud, sexólogas y sexólogos...). También es fundamental que las distintas administraciones le presten atención.

Por citar algún ejemplo de estas “nuevas realidades”, de las que todavía sabemos poco y sobre las que en el futuro tendremos que establecer líneas de actuación, está el caso de los *grupos de mujeres de algunos países del África subsahariana (Somalia, Mali...) que han sufrido mutilación genital femenina (MGF)*. Muchos de los profesionales y las profesionales que se encuentran ante una mujer

que ha sufrido MGF, carecen de recursos o de una orientación básica al respecto. De la misma forma, hay actividades preventivas que se podrían poner en marcha, pero que no se llevan a cabo por falta de formación de los profesionales. Algunas comunidades autónomas, como Aragón o Cataluña, han elaborado protocolos de actuación o guías, pero todavía no existe ningún protocolo de actuación a nivel estatal.

Otra cuestión, por ejemplo, es el trabajo en educación sexual con hombres inmigrantes (adultos). Encontramos bastante dificultad para fomentar la participación masculina en los talleres sobre sexualidad, de los que frecuentemente se encuentran ausentes los hombres adultos (algo que también sucede con la población autóctona). En el futuro debemos plantearnos cómo implicar a los hombres inmigrantes en las acciones formativas al respecto, y en el uso de los recursos, especialmente los preventivos.

Existen otras situaciones que nos plantean nuevos retos. Por ejemplo, el difícil acceso a determinados colectivos, como la población de origen chino. La necesidad de desarrollar y ampliar los programas que trabajen la atención en sexualidad con las mujeres y los hombres que ejercen la prostitución. El escaso acceso a los recursos de salud sexual de la población inmigrante de etnia gitana... nuevos interrogantes y nuevos desafíos para el futuro.

Pensamos que sembrar el diálogo, hacer visible la sexualidad y transmitir que estamos dispuestos/as a hablar al respecto, pueden ser buenos puntos de partida.

EDUCACIÓN

5. TALLERES DE EDUCACIÓN SEXUAL CON POBLACIÓN INMIGRANTE

Si la lectora o el lector trabaja con población inmigrante, tiene cierta formación en sexología, y se está planteando realizar un taller de educación sexual con este colectivo, presentamos una serie de ideas y recomendaciones que le pueden resultar de interés:

En principio, pensamos que la idea de realizar un taller de sexualidad en un centro en el que se trabaje con el colectivo inmigrante es una buena opción. Un taller “abierto” permitirá acercarse a aquellas personas que lo deseen, pero de paso, también permitirá hacer visible la sexualidad, y el hecho de que en este centro (centro educativo, de salud. ONG...) se atiende también en estas cuestiones.

Si se colocan carteles anunciando el taller, y se menciona en el resto de servicios que se va a realizar dicha actividad, se estará abriendo la puerta al diálogo sobre sexualidad, aunque muchas de las personas que sepan de la existencia del taller no acudan al mismo.



IDEAS PARA LOS TALLERES

- En los talleres, habría que formar los grupos con personas que manejen el español, como mínimo, a un nivel básico. En caso contrario, habría que contar con un traductor o traductora, y asumir que se va a ir más despacio.
- Si tenemos una o varias personas que no hablan español, el traductor o la traductora puede ser perfectamente alguien de la misma región que maneje ambos idiomas y que también asista al taller como alumno o alumna, y con el que habrá que hablar previamente para que traduzca.
- Es conveniente que no haya más de un traductor. En caso de que tengamos alumnos y alumnas que hablen distintos idiomas y no manejen el español, lo idóneo es hacer dos grupos, y ponerlos en diferentes talleres.
- Los Talleres funcionan mejor si el grupo está formado por personas que lleven un tiempo en España y que comprenden un poco cómo funciona el país, el sistema de salud (también en el taller se puede informar más al respecto), y la cultura. Con personas que hayan comenzado a residir en España muy recientemente, a veces hay mucho choque cultural en los talleres de educación sexual, y ocasionalmente nos podemos encontrar con que la actividad no funciona, o funciona con mayor dificultad.
- En nuestros talleres, las mujeres marroquíes frecuentemente han solicitado que el grupo sea exclusivamente femenino (monitora incluida). Si se pretende fomentar la asistencia de mujeres marroquíes, o de religión musulmana, consideramos útil indagar previamente si están dispuestas a acudir a talleres mixtos (formados por mujeres y por hombres). En el caso de que se muestren reticentes a acudir a un taller mixto, asegurarles que el grupo va a ser exclusivamente femenino mejora la asistencia. Las mujeres latinoamericanas no suelen manifestar reticencias a que el grupo sea mixto.
- El trabajo en los talleres suele funcionar mucho mejor si es un grupo que ya ha realizado otras actividades y en el que existe un cierto conocimiento y confianza. En nuestra experiencia, hemos observado que, por ejemplo, las mujeres marroquíes acuden con más probabilidad a un taller de sexualidad si van acompañadas de otras amigas o conocidas.
- Pensamos que es más adecuado plantear los talleres como "diálogos sobre sexualidad", abiertos a la participación de las asistentes o los asistentes, y con la monitora dirigiendo y orientando la sesión, que como clases magistrales, especialmente con población adulta. Esta estructura de diálogo permite, además, conocer a los asistentes y las asistentes, saber cómo piensan, crear reflexiones conjuntas, fomentar el espíritu crítico, y en definitiva, crea

lazos, y permite que el monitor o la monitora también aprenda. Además, suele producir menos rechazo, y se suele reducir el choque cultural.

- En poblaciones muy religiosas, se puede comenzar el taller por temas relacionados con la concepción y la anticoncepción, la maternidad/paternidad, la prevención... y cuando exista un clima de cierta confianza, tratar los temas relativos al placer, las relaciones de pareja, las distintas ideas sobre sexualidad, la sexualidad femenina y masculina, las actitudes hacia la homosexualidad, la igualdad de género...
- Usualmente planteamos las sesiones con una duración de hora y media, con la posibilidad de alargarlas algo más si vemos que hay mucho interés (a dos horas por ejemplo). Hemos encontrado que si se prolongan más, pueden cansar. Con cada grupo se puede trabajar en una sola sesión, o (lo que es preferible), varias sesiones, semanales o quincenales.
- Es conveniente dejar un tiempo tras cada sesión, para que puedan preguntar a solas a la monitora o al monitor cuestiones referentes a la sexualidad.
- Si se pretende realizar un taller participativo, los grupos más pequeños (de entre 7 y 15 personas), son los más adecuados.
- Para facilitar la asistencia, es una excelente idea contar con el recurso de una guardería que acoja a los niños y las niñas de las personas que asisten al taller. Otra opción es permitir que las personas asistan con sus hijas e hijos pequeños, siempre y cuando no interfieran en el desarrollo de las sesiones.
- Siempre que sea posible, es una excelente idea contar con un mediador o una mediadora intercultural, preferiblemente, del mismo país de



origen que las personas asistentes, e incluso del mismo sexo. Nos aportará claves culturales muy importantes, y aunque las personas asistentes hablen el idioma, nos permitirá ir traduciendo ciertas expresiones y frases, y lograr una mayor interiorización y comprensión de los contenidos. Una reunión con la mediadora o el mediador intercultural, previa al taller, para establecer las líneas básicas de la sesión, nos facilitará enormemente el trabajo.

A modo de orientación, presentamos a continuación una sugerencia de guión para seguir en el transcurso de un taller sobre sexualidad:

DIÁLOGOS SOBRE SEXUALIDAD

Nos presentamos, les solicitamos que se presenten y preguntamos su nacionalidad. A veces, también hacemos preguntas tales como: ¿estás casado o casada?, ¿tienes hijas o hijos?, ¿cuánto tiempo llevas en España?

Nos interesamos por los temas que les gustaría tratar, y sugerimos algunos:

Anticoncepción, concepción, educación sexual de los hijos e hijas, placer en las relaciones sexuales, problemas en las relaciones sexuales, relaciones de pareja, problemas en las relaciones de pareja, la sexualidad de la mujer y del hombre, homosexualidad y heterosexualidad, masturbación, la prevención de ITS, cómo "ligar" con las chicas en este país (esto lo suelen demandar los jóvenes procedentes de países del África sub-sahariana o marroquíes), etc.

Es importante ofrecer sugerencias de los posibles temas que se pueden trabajar, ya que hemos comprobado que suele existir la expectativa de que se va a hablar principalmente (cuando no exclusivamente) de la prevención de riesgos en las relaciones sexuales. Debemos aclarar que éste es uno de los posibles temas, pero que hay otros muchos, ya que cuidar la sexualidad no se limita a prevenir problemas.

Podemos iniciar la sesión tratando los temas que les interesan, y fomentando el diálogo. Como en cualquier taller de sexualidad, sería idóneo estimular la participación de las personas asistentes, invitando a hablar, pero no obligando ni presionando, y dando permiso para participar también "escuchando". Esta forma de actuar, respetando todos los ritmos, hará más probable que las personas se sientan cómodas y participen y opinen cuando lo crean oportuno.

Algunas de las preguntas que hacemos para romper el hielo son:

¿Cuándo erais más jóvenes os hablaron de sexualidad? ¿Vuestra madre o algún familiar? ¿Se hablaba de sexualidad en casa? ¿Y en la escuela?



En vuestros países de origen: ¿cómo se trata el tema de la sexualidad? ¿Se habla? ¿Hay sitios a los que acudir cuando surgen problemas?

¿Qué os contaron de sexualidad a vosotras (o vosotros), cuando erais pequeñas? ¿Quién os hablaba, qué se decía? Sobre la regla, sobre los hijos (anticoncepción...). ¿Qué os dijeron?

¿Qué contáis a vuestras hijas sobre sexualidad? ¿Y a vuestros hijos? ¿Es diferente?

Cuando se habla sobre sexualidad: ¿pensáis que se habla igual en España que en vuestros países de origen?

Temas que solemos tratar al hilo del diálogo:

Usualmente, al hilo de lo que se habla, "viene a cuento" dialogar sobre otras cuestiones (o bien creamos nosotras la ocasión de hablar de las mismas), que presentamos a continuación:

- Educación sexual que hemos recibido, reflexión al respecto ¿qué cambiaríamos? ¿Qué cosas nos gustaron?
- Educación sexual de las hijas y los hijos; hacer educación sexual es hablar de muchas cosas: de las relaciones de pareja, del buen trato, evitar el sexismo, querer y enseñar a querer, enseñarle que es digno de que lo quieran, que busque parejas que lo traten bien y que trate bien a su pareja, anticoncepción y prevención de ITG, el placer y la satisfacción... (esto sirve como excusa para hablar de la sexualidad de las propias madres y padres).
- Masturbación femenina-masculina y de los hijos e hijas. Eliminación de mitos al respecto. Visibilizar la masturbación femenina. La masturbación mutua en adultos como otra forma de "hacer el amor" o tener "relaciones sexuales".
- Concepción y anticoncepción: es cosa de dos.

- Prevención de ITG y embarazos no deseados. Métodos anticonceptivos que existen, características de cada uno, dónde conseguirlos, sistema de salud en España... Da pie a hablar de lo que se sabe y lo que no se sabe al respecto, y también es útil para dar a conocer los recursos que existen en España, y motivar para su uso. A veces llevamos un preservativo masculino y enseñamos a ponerlo.
- Dónde acudir: médico de cabecera, centros de salud y de planificación familiar, clínicas específicas...
- Placer femenino y clítoris, masturbación femenina (solemos llevar un dibujo de los genitales femeninos, indicando el nombre de las zonas y las funciones, incluido el clítoris, que suele ser un gran desconocido). Al hilo, solemos tratar el tema de la mutilación genital femenina, en qué consiste, los motivos por los que se practica, y los motivos por los que es una práctica extremadamente perjudicial para la mujer o la niña (además de ser considerada un delito en España).
- Flexibilización de roles de género. Papeles asignados a mujeres y hombres y cómo nos influyen. Cosas que, pensamos, nos beneficiaría cambiar al respecto.
- Buen trato en la pareja.
- Homosexualidad. Trabajar actitudes hacia la misma, reflexionar sobre ella para eliminar o reducir posibles estereotipos y también visibilizar la homosexualidad femenina.
- Habilidades sociales (decir que no, pedir, empatizar...). Apoyo y orientación para fomentar también las habilidades sociales de las hijas e hijos.

Es importante dejar a cada asistente una hoja con recursos de sexualidad en su localidad, y enseñarles cómo acceder a ellos, para qué sirve cada uno, los que son gratuitos, los que precisan o no "papeles", los que son atendidos por mujeres, en qué te pueden ayudar... etc.

Es importante recordar que tenemos que atender a sus intereses (las cosas que les interesa saber y las que les preocupan), pero también tenemos que ir aportando contenidos, diálogo y reflexión sobre lo que pensamos que necesitan saber, aunque no pregunten al respecto.

RECURSOS

6. RECURSOS

FACILITAR EL EMPODERAMIENTO

Hay que tener en cuenta que existen impedimentos laborales, personales o burocráticos que dificultan el acceso, por parte de la población inmigrante, a los recursos de atención en sexualidad. A veces, incluso, son las características del propio recurso (masificación, listas de espera...) las que dificultan dicho acceso.

Pero hay otros factores que influyen en el hecho de que una parte importante de la población inmigrante no acceda a los recursos: en algunos casos no conocen los servicios sociales, sanitarios, y en materia de salud sexual, que existen. En otros piensan que no podrían acceder a estos servicios. A veces no hay conciencia de ser un sujeto de derecho.



Al facilitar los recursos, también podemos trabajar un cierto empoderamiento: ellos y ellas tienen la legitimidad y el derecho de utilizar estos recursos. Y el utilizarlos cuando los necesiten, es su propia labor, su propio esfuerzo.

Como profesionales que trabajamos con personas inmigrantes debemos ir elaborando nuestra propia agenda de recursos. Saber cómo son y cómo funcionan. Qué servicios prestan y en qué caso se puede contar con cada uno de ellos.

Estas realidades varían mucho de una Comunidad Autónoma a otra y dentro de la misma, de un municipio a otro. Por lo tanto habrá que actualizarse constantemente: llamando por teléfono, recopilando información, escuchando de la experiencia de otros y de otras... En definitiva haciendo lo posible para que nuestras derivaciones sean eficaces. Ese, sin duda alguna, es un modo de dar calidad a nuestro trabajo.

A la par que informamos a las personas inmigrantes de sus derechos en el uso de servicios y recursos, es importante **proporcionar información de los deberes ciudadanos**, los códigos y las normas sociales que normalmente suelen acompañar al uso de los servicios que hay a su disposición en nuestro país. Por ejemplo, es importante que las personas inmigrantes sepan que pueden usar los servicios (sanitarios, asistenciales, sexológicos...), pero también es importante informarles de cómo funcionan y de qué manera (que es importante solicitar cita previa, respetar y cuidar las instalaciones, respetar su turno, la puntualidad, el respeto al personal que los atienden...).

ALGUNOS RECURSOS SOBRE SEXUALIDAD...

No es posible recogerlos todos en la presente guía, pero mostramos algunos recursos sobre sexualidad existentes en nuestro país. Recuerda que en cada Comunidad Autónoma suelen existir recursos específicos de atención en sexualidad, telefónicos, presenciales y de otro tipo (por e-mail...).

SERVICIO DE ORIENTACIÓN SOBRE SEXUALIDAD PARA PERSONAS INMIGRANTES:

Teléfono: 914 463 162 / 914 463 150

unaf@unag.org - www.unaf.org

Dirección UNAF:

Unión de Asociaciones Familiares

C/ Alberto Aguilera, 3 – 1º izq.

28015 Madrid

Fax: 914 459 024

OTROS RECURSOS DE INTERÉS

900 111 000. Atención gratuita.

Horario: Días laborables, de 10:00 a 20:00

Servicio de Información Telefónica sobre VIH/SIDA

Plan Nacional sobre el SIDA – Cruz Roja

Cobertura Nacional

901 406 969. Coste reducido.

Autonómico (Andalucía)

Instituto Andaluz de la Juventud

900 720 569

Programa de Información y Atención a Homosexuales y Transexuales

Atención tanto a las personas homosexuales y transexuales

como a sus familias

Comunidad de Madrid

915 230 070

COGAM

Colectivo de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales de Madrid

914 466 394

Fundación Triángulo

Línea Les-gai

Orientación sexual (gays y lesbianas), recursos socio-sanitarios,

Salud sexual, información legal...

913 604 605

FELGTB (Federación estatal de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales)

Información, orientación y asesoramiento

913 368 108

Información VIH y sida, y otras ITS. Servicio de atención a Inmigrantes.

Hospital Ramón Y Cajal

Unidad de Medicina Tropical

Enfermedades Infecciosas

**SERVICIO DE PRUEBAS DE LECTURA RÁPIDA DE VIH (MADRID)
ADAPTADO A POBLACIÓN INMIGRANTE**

914 203 802 / 914 203 362

Centro de Salud Alameda

C/ Alameda 4 Madrid

Metro: Atocha

913 690 491

Centro de Salud Las Cortes

C/ Carrera de San Jerónimo 32 Madrid

Metro: Sevilla

915 398 801 / 802

Centro de Salud Lavapiés

C/ Embajadores 41

Metros: Lavapiés, Embajadores.

915 419 005 / 915 482 224

Centro de Salud Segovia

C/ Segovia 4

Metro: La Latina

Página Web con información sobre recursos según ciudad y localidad:

www.sexoconseso.com

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: DERECHOS HUMANOS Y UNIVERSALES

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

(Basados en la Carta de los Derechos Sexuales y Reproductivos adoptada por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), de la que FPFE es miembro junto con organizaciones de otros 170 países del mundo)

1 EL DERECHO A LA VIDA:

Derecho a una maternidad sin riesgos. Derecho a que los embarazos sean deseados y al acceso a una atención cualificada para la salud de la embarazada y del



feto o del bebé. Ninguna mujer debería quedarse embarazada por falta de información o por falta de acceso a los recursos anticonceptivos. Del mismo modo, ninguna mujer embarazada debería carecer de los cuidados necesarios para llevar adelante su embarazo sin riesgos. Cuidados que deben continuar de modo que quede garantizada tanto la salud de la mujer embarazada como la del bebé.

2 EL DERECHO A LA IGUALDAD Y A LA NO DISCRIMINACIÓN:

Todas las personas tienen derecho a ser libres de toda forma de discriminación. Ninguna persona debe sufrir discriminación por el modo en que vive su sexualidad, y esto incluye la libertad y autonomía para elegir pareja, para expresar la propia sexualidad, para vivir libremente su orientación del deseo, para disfrutar de la erótica de forma independiente de la reproducción si así se desea, etc.

Las personas homosexuales, los gays y las lesbianas, así como las personas transsexuales, tienen el mismo derecho a vivir y expresar su sexualidad que las personas heterosexuales y no transexuales.

De la misma forma, todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios de salud, y ser atendidas, independientemente de su raza, sexo, color, orientación sexual, situación familiar, edad, religión, idioma, creencias políticas, nacionalidad, situación social, lugar de procedencia, etc.

3 DERECHO A LA PRIVACIDAD Y A LA CONFIDENCIALIDAD:

Toda persona tiene derecho a la privacidad en lo referente a su salud o sus posibles enfermedades.

Por ley, los profesionales de atención en salud están obligados a mantener la confidencialidad respecto a sus pacientes.

Las personas tienen derecho a recibir atención y consejos sobre su salud sin necesidad del consentimiento de su familia o su pareja. La ley española establece que a partir de los 16 años se tiene mayoría de edad para estos temas de salud (se habla de menor maduro) salvo para tres supuestos: interrupción del embarazo, transplante de órganos y ensayos clínicos.

4 DERECHO A LA LIBERTAD Y A LA SEGURIDAD: derecho a decidir sobre la propia vida sexual.

Es un derecho humano universal la facultad de decidir sobre la propia vida sexual, sobre si se tienen relaciones sexuales o no, con quién se tienen, y cuándo se tienen. Toda persona es libre de negarse a una relación sexual y ese derecho debe respetarse. Toda persona tiene derecho a expresar su orientación del deseo y elegir libremente pareja. Ninguna persona ha de ser forzada para tener relaciones sexuales, sean del tipo que sean. Toda persona tiene derecho a elegir cuándo y con quién tienen hijos o hijas.

No se debe presionar o forzar a una mujer a interrumpir su embarazo, ni a quedarse embarazada. Ninguna persona puede ser sometida a una intervención si no ha sido informada adecuadamente de forma previa y ha mostrado su consentimiento.

Toda persona tiene derecho a controlar su propia vida sexual y reproductiva, obviamente respetando los derechos de los demás. Por ello, toda persona tiene derecho a estar informada en materia de reproducción, anticoncepción, interrupción voluntaria del embarazo, esterilización, y también en temas de sexualidad que no tengan que ver con la reproducción y que garanticen su libertad y seguridad.

5 EL DERECHO A LA INFORMACIÓN Y A LA EDUCACIÓN: La educación de la infancia, los y las adolescentes y los y las jóvenes.

Todas las personas tienen derecho al acceso a la educación y a la información, no sexista y libre de estereotipos, en cuanto concierne a su salud, sus derechos y sus responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción, presentadas en una manera objetiva, crítica y pluralista. La educación es un derecho fundamental establecido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948. Sin embargo, millones de niños, y sobre todo niñas, siguen sin poder ejercer este derecho básico.

Si el acceso a la formación primaria es hoy un reto, conseguir que la educación sexual sea universal constituye una apuesta irrenunciable.

Los estudios demuestran que proporcionar información a la gente joven fomenta el respeto y la responsabilidad mutua. Asimismo, cuando las niñas reciben una educación sexual adecuada a sus necesidades tienden a postergar el matrimonio y a reducir el número de hijos e hijas. Sin embargo, muchas comunidades niegan a las niñas y mujeres jóvenes una educación formal que les

permitiría tomar decisiones sobre sus relaciones sexuales, su matrimonio y sobre los hijos e hijas que desean o no tener.

6 DERECHO A CONTRAER MATRIMONIO O NO Y A FORMAR Y PLANIFICAR UNA FAMILIA: Los matrimonios forzados.

Ninguna persona, mujer u hombre, puede ser obligada a contraer matrimonio si no lo desea, independientemente de la opinión de la familia.

Es un derecho universal que cada persona elija tener o no pareja, y también es un derecho la libre elección de la pareja deseada. El matrimonio debe ser una opción libre y una decisión personal.

Tanto el matrimonio heterosexual como el matrimonio homosexual han de considerarse opciones legítimas, sin que ello suponga considerarlos como los únicos modelos de relación o sobre los que establecer una familia. Los lazos que unen a las familias no son únicamente los que se certifican con el matrimonio.

7 DERECHO A DECIDIR TENER HIJOS O NO TENERLOS Y CUÁNDO TENERLOS: El acceso a la planificación familiar.

Es un derecho humano disponer de recursos para el cuidado de la salud sexual y reproductiva (y esto incluye el acceso a la información, a la educación sexual, a los servicios de planificación familiar, y el acceso a los avances científicos en métodos de planificación familiar y en sexología en general).

También es un derecho que la mujer tenga libertad para planificar su vida reproductiva libre de presiones en su toma de decisiones, y que se proporcione a hombres y mujeres información, orientación y educación sexual como algo integral (que es mucho más que planificación familiar, aunque la incluya).

Desde las administraciones públicas se debe garantizar una adecuada educación sexual para todas las chicas y chicos así como el acceso a los servicios de salud sexual.

8 DERECHO A LA ATENCIÓN Y A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD: El acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

Todas las personas tienen derecho a servicios de salud sexual y reproductiva, servicios que además deben ser accesibles y gratuitos y que respeten la confidencialidad, privacidad y dignidad de los y las pacientes.



Dentro de estos servicios de atención a la salud sexual, las personas tienen derecho a la planificación familiar, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, y atención general en salud sexual (educación sexual, habilidades de negociación y comunicación en pareja...). así como la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos que contempla la actual ley.

9 DERECHO A DISFRUTAR DEL PROGRESO CIENTÍFICO: El VIH-SIDA y el acceso a los medicamentos.

Todas las personas tienen derecho a beneficiarse de los progresos científicos, y a los medicamentos existentes.

Combatir la pandemia del VIH /SIDA, supone incrementar la información sobre las vías de transmisión y las medidas de protección; supone también trabajar en otras variables que inciden en buena medida en los comportamientos, pero también es garantizar la adecuada atención a las personas que han estado en contacto con el Virus o que han desarrollado la enfermedad.

Estos cuidados suponen medicamentos y atención, pero también evitar la marginación o la discriminación que con demasiada frecuencia sufren aún todas estas personas.

10 DERECHO A LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA: Fortalecimiento de la participación de la sociedad civil.

Los derechos mencionados, sexuales y reproductivos, deben ser garantizados por la sociedad, como condición indispensable para construir una ciudadanía plena, y una adecuada convivencia democrática. Participar en la sociedad es sentirse parte de ella. Tratar de hacer realidad todos estos derechos es hacer ciudadanía. Es hacer mujeres y hombres libres y con capacidad de decidir.

11 DERECHO A NO SER SOMETIDO A TORTURAS NI MALTRATO: La violencia por motivos de género.

Es un derecho humano universal la protección frente a la violencia, los abusos y la explotación sexual. Ninguna persona debe ser maltratada o discriminada por su sexo, raza, religión, etc.

Son violaciones de los derechos humanos: la violencia machista, el maltrato sexual y psicológico, las violaciones y abusos, la mutilación genital, el infanticidio femenino, la discriminación o infravaloración por razón del sexo, la privación o disminución de libertad por razón del sexo, la desigualdad de oportunidades entre los sexos, etc.

La mujer tradicionalmente ha gozado de menos derechos. Afortunadamente las cosas están cambiando y hay nuevas leyes para evitar situaciones de desigualdad. No obstante, el peso de la tradición es muy grande y todavía es frecuente que el punto de partida de hombres y mujeres frente a la salud sexual sea distinto. Es necesario ser consciente de esta realidad para evitar situaciones en que la sexualidad de la mujer se discrimine, se obvie o se de prioridad a la sexualidad masculina.

*Las personas con discapacidad, hombres y mujeres,
son sujetos de los mismos derechos.*

*El plural de las sexualidades abarca todas las
sexualidades, no puede ser de otro modo.*

BIBLIOGRAFÍA

- **“Su sexualidad es importante. Claves para aproximarse a la sexualidad de las personas inmigrantes”** De la Cruz Martín-Romo, Carlos; Ramírez Crespo, María Victoria; Carmona Rubio, Ana Belén. UNAF 2007.
- **“Cuida tu sexualidad. ¡También es importante!”**. De la Cruz Martín-Romo, Carlos; Ramírez Crespo, María Victoria; Carmona Rubio, Ana Belén. UNAF 2008.
- **Carta de los Derechos Sexuales y Reproductivos** adoptada por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (de la que FPFE es miembro junto con organizaciones de otros 170 países del mundo).
- **“Trabajadores Masculinos del Sexo: Aproximación a la prostitución masculina en Madrid 2006”**. Zaro Rosado, Iván; Peláez Murciego, María; Chacón García, Alejandra. Fundación Triángulo. Programa para Trabajadores Masculinos del Sexo.
- **“Estudio sociológico y jurídico sobre homosexualidad y mundo islámico”**. Martín Romero, Lola; Rodenas Pérez, Manuel; Villamil Pérez, Fernando. COGAM. Madrid 2007.
- **“Cómo viven las mujeres chinas en la sociedad española”**. Suping Pan. Ofrim, Junio de 2004.
- **“La prostitución: claves básicas para reflexionar sobre un problema”**. APRAMP / Fundación mujeres. España 2005.
- **“Jornadas Unaf Sexualidad e Inmigración 2007-2009”**. Edita: Unaf. Madrid. 2009. Autores: De la Cruz Martín-Romo, Carlos; Ramírez Crespo, María Victoria; Carmona Rubio, Ana Belén. Grande Gascón, María Luisa; Antona Rodríguez, Alfonso; Sáez Sesma, Silberio; Amigo Gómez, Helena; Del Egidio Moreno, Alberto; Orellana Cubiles, Lurdes; Zaro Rosado, Iván; Bellochio, Ana; Pizarro Pizarro, Gissela Maribel; Orgiles Villafranca, María Pilar; Lobera Labadía, Ana; Amal Amane, Abdelouahed; Fall, Moussa.
- **“No sólo es pegar. Discursos de Mujeres Inmigrantes en Torno a la Violencia de Género”**. Edita: Agrupación de Desarrollo Nexos, Subdirección de Postgrado e Investigación de la E.U. de Trabajo Social de la Universidad Complutense. 2008;

- *“La Juventud Inmigrante en España. Comportamientos Sexuales y propuestas para la prevención de Riesgos”*. Serrano Fuster, Isabel. Edita: Instituto de la Juventud. 2007.
- Artículo: *“Epidemiología de la infección por VIH en inmigrantes en España: fuentes de información, características, magnitud y tendencias”*. Gaceta Sanitaria, v.24 n.1 Barcelona ene. 2010. Autores: Ana María Carro-Murillo, Jesús Castilla Catalán y Julia del Amo Valero

Nuestros agradecimientos... A todas aquellas personas y entidades que se han implicado (muy activamente) en la organización de los talleres en todas las ciudades y comunidades autónomas en las que hemos desarrollado el programa. A todas las personas que han compartido sus experiencias y conocimientos en las diversas jornadas. Y por supuesto, a todas aquellas personas, mujeres y hombres, que han participado en los talleres, de las que también hemos aprendido muchas cosas.

Edición: Unaf (Unión de Asociaciones Familiares)

Financiación: Ministerio de Trabajo e Inmigración y FEI (Fondo Europeo para la Integración)

Autores: María Victoria Ramírez Crespo
Ana Belén Carmona Rubio
Carlos de la Cruz Martín-Romo

Ilustraciones: Ana Belén Carmona Rubio
abcarmona@lasexologia.com

Diseño: La Tinta China

Impresión Gráficas JMG

Copyright: Unaf (Unión de Asociaciones Familiares)

Depósito legal: M-48824-2011



C/ Alberto Aguilera, 3. 1º izq. 28015 Madrid
(Metro San Bernardo)
Teléfonos: 91 446 31 62/50 | Fax: 91 445 90 24
unaf@unaf.org
www.unaf.org

DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA

Trabajamos por el bienestar de las familias



SECRETARÍA DE ESTADO
DE INMIGRACIÓN
Y EMIGRACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL
DE INTEGRACION
DE LOS INMIGRANTES



UNIÓN EUROPEA
FONDO EUROPEO
PARA LA
INTEGRACIÓN