

El malestar de las mujeres migradas: una aproximación desde la Investigación Acción Participativa

Para contactar:

Carmina Poblet Calaf
cpoblet.tarte.ics@gencat.cat

Otra información relevante

Este trabajo ha sido financiado a través del accésit de los XII Premios de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) para proyectos comunitarios en Atención Primaria de Salud (APS) y por la Secretaria per a la Immigració i la Direcció General de Recerca en la convocatòria ARAFI-2007.

Autores:

Carmina Poblet Calaf. Médica de familia y comunitaria. Sílvia Gómez Canales. Antropóloga Social y Cultural.
Claudia Marcela Garay. Médica de familia y comunitaria.
Cristina Rey Reñones. Enfermera y antropóloga.
Victoria Arijá Val. Médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.
Y el resto de miembros del grupo de investigación NUSCO^a del IDIAP Jordi Gol. ABS Reus 4. Reus (Tarragona).

Resumen

Objetivo

Identificar los elementos sociosanitarios que derivan en el malestar de mujeres adultas migradas^b para mejorar la realidad estudiada, utilizando el propio objeto de estudio como promotor de cambio.

Diseño

Investigación Acción Participativa (IAP) y metodología descriptiva para obtener un diagnóstico situacional a través de técnicas cuantitativas y cualitativas. De enero de 2008 a marzo de 2009.

Emplazamiento. Barrio Sant Josep Obrer de Reus, con 4.800 habitantes. ABS Reus 4.

Participantes

En el estudio cuantitativo: muestra aleatoria representativa de 276 mujeres adultas (174 payas, 47 marroquíes y 55 gitanas). En el estudio cualitativo: 6 agentes comunitarios, 14 mujeres migradas y 2 mujeres hijas de migrados.

Método

Determinación de la morbilidad registrada en la muestra aleatoria y análisis de la prescripción farmacológica realizada por el equipo de salud a la población adulta. Entrevistas semiestructuradas.

Una vez analizada la información, se procede a la devolución de resultados a la comunidad participante para trazar líneas de acción.

Resultados

Más del 60% de psicofármacos y analgésicos son prescritos a mujeres. Se observa una menor frecuencia de diabetes, trastornos digestivos, osteomusculares y psiquiátricos entre las mujeres marroquíes.

Se visualiza que el malestar está relacionado con el duelo migratorio, la precariedad laboral, la falta de reconocimiento formal de sus titulaciones académicas y la dificultad idiomática. Los roles de género son vividos con ambivalencia en el espacio privado. Las redes sociales actúan como factor protector.

Conclusiones

Los registros en las historias clínicas presentan limitaciones para describir este malestar. La falta de registro puede ser el origen de las diferencias halladas en la morbilidad registrada.

Las técnicas cualitativas nos han permitido entender mejor este fenómeno relacionado con problemáticas sociales, contribuyendo a generar líneas de acción que optimicen la intervención profesional en beneficio de la salud y el fortalecimiento comunitarios y fomentando la construcción y consolidación de redes de apoyo.

Introducción

La migración es una fuente de acontecimientos vitales estresantes que pueden traducirse en malestar. «Pocos cambios, de entre los muchos a los que debe adaptarse un individuo a lo largo de su vida, son tan amplios y complejos como los que tienen lugar en la migración. Prácticamente todo lo que rodea a la persona que emigra cambia: desde aspectos básicos como la alimentación o las relaciones familiares y sociales, hasta el clima, la lengua, la cultura, el estatus, etc. Podemos decir que alrededor de la persona que emigra pocas cosas son ya como antes»¹. Este malestar a menudo es abordado en los servicios sanitarios. Se calcula que entre el 30 y el 60% de las visitas realizadas en Atención Primaria (AP) se deben a síntomas por los que no se encuentran causas médicas, y entre el 73 y el 80% de los pacientes de este tipo son mujeres².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha alertado del riesgo de utilizar psicofármacos para hacer frente a problemas sociales^{3,4}.

^a NUSCO: Nutrició i Salut Comunitària (Mària Teresa Garcia Vidal, Mònica Anguela Batlle, Noèlia Hernández Gauchia, Josep Basora Gallisà).

^b Migrado/ada: Persona que ha establecido su residencia en un lugar diferente a aquel del que es originaria. Fuente: <http://www.portalpaula.org/esfera/glossari/glossari.php?esfera=8&lng=cas>

Nuestro ámbito, el barrio Sant Josep Obrer de Reus, con una población de 4.800 habitantes, se constituyó con la llegada de personas que provenían de las oleadas migratorias interiores en la década de 1960 y en los últimos diez años ha acogido a personas provenientes principalmente de Marruecos, que, según datos del padrón de 2008, constituyen el 14% del total de la población.

A través del trabajo asistencial, el equipo de salud observó que muchas de las mujeres adultas consultaban por malestares inespecíficos.

Como consecuencia se desarrolla la siguiente hipótesis: «El malestar inespecífico citado puede ser explicado por el contexto sociocultural de las pacientes, marcado por un proceso migratorio».

Se inicia una investigación con los siguientes objetivos:

- Identificar los elementos sociales y sanitarios que se relacionan con el malestar de las mujeres adultas del barrio Sant Josep Obrer de Reus que han experimentado un proceso migratorio.
- Utilizar el propio objeto de estudio como promotor de cambio.

Metodología

Se opta por la IAP⁵ porque está vinculada con la práctica transformadora, y por una metodología descriptiva que permite obtener un diagnóstico situacional. Se utilizan técnicas cuantitativas y cualitativas.

Cuantitativa

Diseño del estudio: descriptivo transversal.

Centro donde se ha realizado la investigación: consultorio de AP del barrio Sant Josep Obrer de Reus (ABS Reus 4). El barrio se encuentra en la periferia de la ciudad y tiene una población aproximada de 4.800 habitantes.

Criterios de inclusión y exclusión: mujeres adultas del barrio con historia clínica informatizada.

Mecanismo de selección de los participantes: se estudió una muestra representativa aleatoria de 276 mujeres adultas de un total de 1.753 (tabla 1): 174 payas^c, 47 marroquíes y 55 gitanas.

Intervenciones realizadas: en la muestra se recogieron los problemas de salud registrados en las historias clínicas según código CIE-10, y la fre-

Tabla 1. Características generales de una muestra de mujeres adultas

	18-29 años			≥ 30 años		
	Paya	Marroquí	Gitana	Paya	Marroquí	Gitana
Número de participantes	37	23	19	137	24	36
Edad (años)	24,5 (3,4)*	24,2 (2,6)	25,7 (4,9)	50,5 (14,7)	45,1 (11,8)	48,1 (12)

* media (desviación estándar).

cuentación de septiembre de 2007 a septiembre de 2008.

Se analizó la prescripción farmacológica relacionada con el malestar (benzodiazepinas, analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos [AINE] y relajantes musculares) por parte del equipo de salud a la población adulta asignada, durante el año 2008.

Estrategia de análisis y pruebas estadísticas utilizadas

Se describen los resultados en porcentaje y su intervalo de confianza al 95% para las variables cualitativas y la media con su desviación estándar para las cuantitativas. Se utilizan las pruebas estadísticas de ji al cuadrado, t de Student-Fisher y análisis de varianza. Se acepta como significativo un error alfa inferior al 5%. Se ha empleado el paquete estadístico SPSS-PC para Windows versión 16.0.

Cualitativa

El objeto de estudio se percibe holístico y mediante una aproximación cualitativa se pretende arrojar luz sobre una realidad social difícilmente cuantificable. La propia interpretación del sujeto sobre su pasado y su presente descubre el estado de su lugar en el mundo.

Las técnicas de producción de datos fueron la observación participante y la entrevista semiestructurada.

La observación participante es un modo de inserción en el campo de estudio⁶ que nos servirá para diseñar la investigación y seleccionar los informantes claves.

El trabajo se llevó a cabo entre enero de 2008 y marzo de 2009.

Se realizaron entrevistas a 6 agentes comunitarios y a 16 mujeres adultas migradas cuyos perfiles se recogen en la tabla 2⁷.

^c Paya: término utilizado por la comunidad gitana y que nos apropiamos para referirnos a las mujeres que no están incluidas en ninguno de los otros dos grupos culturales mencionados

Tabla 2. Características de las mujeres entrevistadas

Edad	Sexo	Nivel educativo	Nivel socioeconómico actual ^a	Estado civil	Nº de hijos	Grupo cultural	Años transcurridos desde la emigración
36	M	Primarios	V	Casada	3	Paya	Infancia
36	M	Primarios	IVb	Soltera	-	Paya	26
52	M	Sin estudios	V	Casada	2	Paya	18
48	M	Secundarios	IVa	Casada	3	Paya	Hija de migrados
62	M	Sin estudios	IVa	Casada	2	Paya	49
51	M	Sin estudios	IVa	Casada	3	Paya	28
36	M	Primarios	V	Viuda	3	Marroquí	7
34	M	Universitarios	IVa	Casada	2	Marroquí	6 meses en Cataluña. >4 años en España
25	M	Universitarios	V	Casada	1	Marroquí	5
33	M	Primarios	IVa	Casada	3	Marroquí	3
48	M	Sin estudios	IVb	Casada	7	Marroquí	6
40	M	Estudios secundarios	IVa	Casada	5	Marroquí	3
77	M	Sin estudios	V	Casada	6	Gitana	40
43	M	Primarios	IVb	Casada	4	Mestiza-Gitana	20
51	M	Sin estudios	IVb	Casada	3	Gitana	25
32	M	Primarios	IVb	Soltera	-	Gitana	Hija de migrados

Tabla 3. Guía temática de las entrevistas

Trayectoria personal
Contexto familiar
Contexto vecinal
Realización personal y roles de género
Perspectivas del pasado y del futuro

^a Clasificación de la clase social propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología, 1995.

IVa: trabajadores manuales cualificados; IVb: trabajadores manuales semicualificados; M: mujer; V: trabajadores no cualificados.

Una investigadora social realizó las entrevistas semiestructuradas, cuyo guión vemos en la tabla 3, dotadas de cierta flexibilidad y dinamismo, y dejando espacio para que los informantes pudieran aportar nuevos datos para la investigación. Las mujeres marroquíes entrevistadas poseían un adecuado nivel de español.

El discurso producido se grabó en formato audio, previo consentimiento de los entrevistados. Después se procedió a su transcripción literal y finalmente al análisis, construyendo las diferentes dimensiones relacionadas con el malestar.

Una vez analizada la información generada en las entrevistas y revisadas las historias clínicas, se devolvieron los resultados a la comunidad participante para trazar líneas de acción.

Resultados

El análisis cuantitativo de las prescripciones realizadas por el equipo de salud nos permitió constatar que el 68% de las benzodiacepinas, el 79% de los antidepresivos, el 71% de los analgésicos y el 63% de los relajantes musculares habían sido prescritos a mujeres.

En la tabla 4 observamos una menor frecuencia de trastornos relacionados con el malestar en las mujeres marroquíes.

En la tabla 5 visualizamos la frecuentación en las consultas de AP por parte de las mujeres adultas de más de 30 años.

Incluimos la obesidad entre los problemas de salud, dado que algunas de las mujeres entrevista-

tadas relataban un aumento de la ingesta de alimentos derivado del malestar.

A través del análisis cualitativo se obtienen las siguientes dimensiones relacionadas con el malestar:

Duelo migratorio

Entre las mujeres marroquíes, con una migración más reciente, el malestar se relaciona con la nostalgia de lo abandonado y con la situación de desventaja social en la que se hallan gran parte de ellas. El grupo de mujeres con mayor educación formal es aquel que más lo enfatiza.

Trabajo

Es uno de los factores que más contribuye a la integración «Donde tienes el trabajo y un sueldo es tu país» y a la vez es fuente de malestar por la precariedad de muchos de estos trabajos. Una de las mujeres gitanas explica: «Y así hemos seguido la vida: cogiendo espigas, arrancando garbanzos, he cogido de todo, pero no he robado nunca. Dejaba a mi niña pequeña con los otros grandecitos y me iba a trabajar para los hoteles, siete mil pesetas ganaba, sin seguro ni nada, y acababa reventada».

Otra fuente de malestar es la dificultad para acceder al mundo laboral por la falta de permisos y reconocimiento formal de su titulación académica. «Son mis papeles que hablan por mí nos dijo una de las entrevistadas. Hay muchas mujeres que quieren trabajar y que no pueden».

Dificultad idiomática

Esta dimensión limita sus acciones y dificulta su desarrollo en la comunidad de acogida («Me duele la cabeza porque no puedo entender», nos dijo una de las mujeres).

Una de las principales satisfacciones se produce al traspasar esa frontera («Sí, ahora estudio. Aprendo a hablar. Me voy al médico sola, no como antes, que le pedía por favor a mi hijo que viniera conmigo»).

Género y rol familiar

El rol familiar desempeñado por las mujeres aparece determinado por el género, y desencadena vivencias y sentimientos ambivalentes. «Me siento muy bien siendo ama de casa, nos dijo una de las participantes en el estudio. Tengo el honor de hacerlo porque es un trabajo muy duro», mientras otra se quejaba: «Algunos días siento como si no fuese una persona. Es duro, muy duro».

Relaciones intraculturales

Se observan habituales relaciones personales entre individuos que comparten una misma identidad cultural. Por el contrario, se difuminan en el supuesto de personas pertenecientes a grupos culturales distintos («Las relaciones personales aquí son raciales: cada uno con su grupito. Y yo también, eh», nos dijo una de las mujeres).

Las mujeres payas mantienen un contacto más limitado con la población gitana y de la población marroquí valoran su relativa invisibilidad («Se meten en sus casas, no se oyen»).

Redes y apoyo social

El apoyo social desempeña un papel fundamental en su calidad de vida, actuando como factor protector («Si estoy casada, no es algo que no me deje estudiar. El problema es que tengo el niño y no tengo familia aquí»). La necesidad genera la construcción de sus propias redes informales («Yo me siento bien cuando me reúno con las mujeres de mi país y hablamos todo lo que tenemos dentro, resolvemos problemas, celebramos las fiestas»), y formales («Queremos llegar a hablar con las madres, pero nosotras apoyadas en alguna asociación»).

Discusión

Presentamos la primera fase de un proceso de IAP con el objetivo de profundizar en el cono-

Tabla 4. Frecuencia de problemas de salud registrados en Atención Primaria en mujeres adultas según el grupo cultural

	18-29 años			P	≥ 30 años			P
	Payas	Marroquí	Gitana		Payas	Marroquí	Gitana	
IMC (kg/m ²)	25,2 (4,9) #	21,2 (7,6)	28,9 (6,2)		29,9 (6,4)	31,1 (4,5)	31,1 (5,2)	*
Hábito tabáquico (%)	36,4	0	9,1		33,3	0	7,4	***
Hábito enólico (%)	0	0	0		4,9	0	11,1	
Obesidad	5,6	0	15,4		21,6	21,2	24,1	
Dislipemias	2,8	0	0		23,9	0	26,7	*
Diabetes mellitus	2,7	0	0		15,7	5,6	16,7	***
Trastornos osteomusculares	29,6	25	50		62,9	16,7	59,4	*
Trastornos digestivos	22,2	12,5	28,6		38,1	16,7	20,0	*
Trastornos de salud mental	11,1	12,5	0		44,0	11,1	37,5	*
Cefaleas y otros trastornos neurológicos	13,5	8,7	10,5		20,9	22,2	26,7	

Tabla 5. Número de visitas al equipo de Atención Primaria realizadas en un año por las mujeres de más de 30 años, según grupo cultural

	Payas (pa)	Marroquí (m)	Gitana (g)	P
Número de visitas	137	24	36	
Médico de familia	8,2 (7,7)	9,5(6,7)	13,2(2,4)	*pa-g
Enfermería	3,7 (5,9)	5,9(11,6)	6,7(9,5)	*pa-g *m-g

media (desviación estándar).

Nivel de significación:
*p < 0,05;
**p < 0,01;
***p < 0,001.

cimiento del malestar señalado de las mujeres migradas y abordarlo holísticamente.

En nuestro entorno asistencial, el uso de fármacos para aliviar los malestares es mayor entre las mujeres, de acuerdo con lo recogido por otros autores^{4,5}.

Las historias clínicas permitieron una aproximación diagnóstica con respecto a patologías. Observamos diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de dislipemias, diabetes, trastornos digestivos, osteomusculares y psiquiátricos entre los diferentes grupos culturales, siendo ésta menor entre las mujeres marroquíes.

Los datos codificados pueden ser útiles para estandarizar la terminología y evitar ambigüedad^{8,9}, pero el alcance de estos registros presenta limitaciones, ya que el reducido tiempo disponible para la atención y las dificultades derivadas de las diferencias idiomáticas y culturales¹⁰ impiden una adecuada recogida de datos, que puede ser el origen de la menor frecuencia de



problemas de salud registrados en las historias clínicas de las mujeres marroquíes y que obstaculiza la comparabilidad con otros estudios de morbilidad atendida.

Las técnicas cuantitativas no aportan toda la información necesaria para una adecuada interpretación de un malestar que trasciende lo biológico. Las técnicas cualitativas son instrumentos esenciales para aproximar al investigador a los pensamientos de los individuos y a la construcción de los mismos, contribuyendo a generar líneas de acción que optimicen la intervención profesional en beneficio de la salud de la comunidad y de sus miembros.

Los factores estresores hallados concuerdan con la literatura^{11,12}.

Los resultados de la investigación vuelven a la comunidad donde se fortalecen las redes sociales, esenciales para su bienestar^{13,14}, siendo los espacios comunitarios el lugar visible de este encuentro. En ellos se intercambian saberes y es promovida la implicación activa de las mujeres, fomentándose el trabajo organizado y en red orientado a establecer mejoras en la realidad estudiada.

Debido a la importancia de profundizar en la calidad de vida de mujeres que se encuentran en distintas etapas de un proceso migratorio y valorando la influencia del contexto socioeconómico y cultural donde se encuentran, se sugiere continuar explorando otras dimensiones relacionadas con el malestar y que surgen de los problemas prevalentes en la comunidad (obesidad, problemas de salud mental y sexual y reproductiva), los cuales pueden dar origen a otros trabajos de investigación cuantitativa y cualitativa orientados a la acción.

Agradecimientos

Por todo su apoyo:

A Rosa Tort Vernet, Eva Torres Mailló, Gisela Mimbrero García y Aurora Reina Córdoba en la recolección de datos.
 A Yolanda Ortega Vila y Carme Giner Aguiló, como equipo directivo, y al resto de compañeros del ABS Reus 4.
 A Josep Basora Gallisà, como coordinador, y al resto de compañeros de la Unitat de Suport a la Recerca.
 A Rosa Queral Casanova, por su asesoramiento técnico.
 A Fatima Baraa, por su colaboración como mediadora intercultural.
 Al Equipo del Pla Comunitari, a los vecinos y vecinas e instituciones del barrio Sant Josep Obrer y a todas nuestras familias.

Bibliografía

1. Atxotegui J. Los duelos de la inmigración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina*; 2000. p. 83-100.
2. Velasco S. Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en Atención Primaria. *Feminismo/s* 2007;10:111-13.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de salud y género 2006. Las edades centrales de la vida. Informes, estudios e investigación; 2008.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España; 2007-2008.
5. Ander-Egg E. Repensando la Investigación-Acción-Participativa. 4ª edición. Barcelona: Lumen; 2003.
6. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1987.
7. Regidor E. La clasificación de la clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. *Rev Esp Salud Pública* 2001;75:13-22.
8. Martín A, Pérez JF. Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Volumen I. 5ª edición. Elsevier; 2003.
9. Juncosa S, Bolívar B. Medir la morbilidad en atención primaria. *Atención Primaria* 2001;28:602-7.
10. Esteva M, et al. Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. *Aten Primaria* 2006;37(3):154-9.
11. Saura RM, et al. El marco sanitario y el entorno psicosocial de la población inmigrante magrebí en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*. 2008;22(6):547-54.
12. Río MJ. Las mujeres inmigrantes en Sevilla: salud y condiciones de trabajo. Una revisión desde la medicina social. *Rev Esp Invest Sociol* 2003;104:123-44.
13. Hernández S, et al. Estructura y funciones del apoyo social en un colectivo de inmigrantes marroquíes. *Ann Psico* 2005;2(21):304-15.
14. Turabián JL, Pérez B. Actividades comunitarias en medicina de familia y atención primaria. Barcelona: Díaz de Santos; 2001.