

Facultad de Ciencias. Departamento de Biología. Universidad Autónoma de Madrid

## **IMPACTO SOCIO SANITARIO DE LA MIGRACIÓN EN LAS MUJERES MAGREBÍES Y LATINOAMERICANAS EN MADRID**

*Paula Acevedo Cantero<sup>1</sup>*

**RESUMEN:** Son pocos los datos oficiales acerca de las mujeres inmigrantes, sobre todo en cuanto a la salud reproductiva. El objetivo de este trabajo es definir las características socioeconómicas y reproductivas de las mujeres de América Latina y del Magreb asentadas en la Comunidad de Madrid, y establecer el impacto migratorio desde el punto de vista de la salud ginecológica. Sobre una población de 96 mujeres magrebíes y 125 latinoamericanas, se han analizado variables socioeconómicas y reproductivas. Se han utilizado indicadores cuantitativos para establecer el impacto migratorio respecto a estos factores. Los resultados muestran un cambio en el comportamiento reproductivo y mayores frecuencias de disfunciones menstruales tras la migración. En conclusión, se observa una peor salud en el país de acogida y un cambio en el patrón de fertilidad asociado a las condiciones sociolaborales de las mujeres.

**Palabras clave:** Inmigración, mujeres magrebíes, latinoamericanas, salud, ciclo reproductivo, impacto migratorio.

### **INTRODUCCIÓN**

En la década del noventa, se produjo un cambio en la proporción de mujeres respecto al total de población migrante en todos los países industrializados,<sup>1,2</sup> como respuesta a la fuerte demanda de mano de obra extranjera dentro de los sectores de trabajo doméstico.<sup>3,4</sup> De manera que la prioridad de las inmigrantes al llegar al nuevo país de residencia se centra en buscar trabajo, dejando a la salud en un plano secundario.<sup>5</sup> Pero, pese a la importancia creciente de las migraciones femeninas, son pocos los datos oficiales sobre las características de las mujeres que eligen España como país de trabajo y residencia. Según el Instituto Nacional de Estadística, no hay datos publicados sobre la salud reproductiva de estas mujeres por falta de representatividad.<sup>6</sup>

Sin embargo, existe una fuerte demanda ginecológica por parte de las inmigrantes de la comunidad de Madrid.<sup>7</sup> Se ha comprobado que entre los ingresos hospitalarios, un alto porcentaje se produce a consecuencia del parto<sup>8,9</sup> o por complicaciones de tipo obstétrico.<sup>10</sup> Por tanto, es de especial importancia la salud sexual y reproductiva, y ésta abarca una amplia gama de aspectos a tener en cuenta. Entre

estos, las disfunciones menstruales, son problemas relativamente comunes tanto entre las mujeres de los países en vías de desarrollo como entre las de los países industrializados.<sup>11</sup> Se sabe que el estrés afecta a la menstruación y que puede ser un factor determinante de disfunciones.<sup>11,12</sup> Cambios fundamentales en la vida, la separación de la familia y otros factores son situaciones de tensión que normalmente tienen que enfrentar las mujeres inmigrantes.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la fertilidad y la reproducción son procesos biológicos con contenido sociocultural y económico. Por eso, es básico el conocimiento de las características de cada grupo de procedencia, así como la situación legal, el *status* laboral y otras circunstancias que pueden hacer a las mujeres inmigrantes más vulnerables a las disfunciones.<sup>6</sup>

El objetivo de este trabajo es conocer las condiciones sociosanitarias de las mujeres inmigrantes que residen en Madrid. Se pretende definir las características socioeconómicas, de fertilidad y de salud ginecológica de dos grupos, culturalmente distintos, de mujeres inmigrantes, y establecer el impacto migratorio y las relaciones que pudiesen existir entre los factores sociales y la salud reproductiva.

---

<sup>1</sup> Profesora Ayudante.

## MÉTODOS

La población analizada se compone de 221 mujeres de 16 a 59 años, procedentes del Magreb (96 mujeres) e Hispanoamérica (125), asentadas en la comunidad de Madrid. Todas las participantes tenían que haber iniciado su ciclo fértil en el país de origen, con el fin de poder analizar el impacto de la migración sobre la salud reproductiva. Los datos se recogieron entre los años 1995/96 y 2002/03, en centros de atención para inmigrantes.

Se aplicó una encuesta personal a las mujeres interesadas en participar, de manera voluntaria y anónima, que fue diseñada por el equipo investigador de manera específica para este proyecto.<sup>13</sup> Las variables de interés para este trabajo eran la edad de las mujeres en el momento de la entrevista, nivel de estudios, situación legal, acceso al trabajo y la ocupación laboral, tipo de vivienda y el hacinamiento, considerado como el número de personas por habitación. También se ha considerado la menarquia (estimada por el método retrospectivo y sumando un factor corrector de 0,5<sup>14</sup>), el número de embarazos, partos y abortos, el número de hijos nacidos vivos, los síntomas asociados a la menstruación antes y después de la migración y la prevalencia de enfermedades ginecológicas.

Para analizar el impacto migratorio se elaboraron indicadores cualitativos que relacionan las categorías de las variables antes y después de la migración. La variable resultante permite establecer tres categorías: no hay cambio (el indicador tiene valor igual a 1), cambio positivo o mejora en España (<1), cambio negativo o peor situación en España (>1):

$$\text{Impacto de la migración} = \frac{\text{Categoría de la variable en el país de origen}}{\text{Categoría de la variable en España}}$$

Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS 10.0 para Windows. Se aplicaron análisis descriptivos (media, desviación estándar y porcentajes), y tras comprobar la normalidad de distribución de las variables mediante el *test* Kolmogorov-Smirnov, se elaboró la prueba bivariada no paramétrica U de Mann-Whitney, correlaciones mediante el *test* Rho de Spearman (*p*) y la prueba Ji cuadrado de Pearson ( $X^2$ ). Con el fin de establecer las relaciones entre las variables cualitativas se aplicó un análisis de correspondencias múltiple mediante el análisis de la homogeneidad HOMALS. También se han realizado análisis de regresión logística binaria para predecir la presencia o ausencia de una característica o resultado, mediante el estadístico Wald.

## RESULTADOS

El promedio de edad de las mujeres latinoamericanas es de 31,3 años (sd = 8,4) y el de la población magrebí, de 33,1 años (sd = 8,9), no existen diferencias significativas, por tanto, la edad media de ambos grupos es similar estadísticamente. Se trata de dos poblaciones jóvenes, formadas, principalmente, por mujeres en edad reproductiva y laboral.

A diferencia de la variable anterior, en el nivel de estudios, sí se observan grandes desigualdades entre las dos poblaciones. Casi el 40 % de las magrebíes no han completado ningún grado de escolarización, mientras que el 78,4 % de las latinoamericanas tienen estudios secundarios, y, de éstas, más del 25 % son universitarias. Considerando a las mujeres que no han completado ningún grado académico, a las que tienen estudios primarios, secundarios y universitarios, las diferencias entre ambas poblaciones son significativas ( $X^2 = 49,1$ ,  $p < 0,001$ ).

También se encuentran diferencias significativas para la situación legal de las mujeres en el país de acogida. En este caso, las magrebíes se encuentran en mejor situación que las latinoamericanas, el 63,5 % afirmaron estar en situación regularizada en el momento del estudio, mientras que el 70 % de las latinoamericanas estaban en situación irregular.

El acceso al trabajo, es uno de los aspectos de integración más importantes para las inmigrantes,<sup>15</sup> es mayor entre las mujeres latinoamericanas analizadas, tanto en sus países como en España. El 78,4 % de éstas realizaban un trabajo remunerado en el momento del estudio, y el 73,6 % estaban trabajando antes de la migración. Entre las magrebíes, el 54,2 % dijeron estar en activo en el momento de la entrevista, mientras que en su país trabajaban un 43,7 %. Estas diferencias entre colectivos son significativas para ambos entornos ( $X^2 = 22,0$ ,  $p < 0,001$ , en su país y  $X^2 = 14,6$ ,  $p < 0,001$ , en España), así se puede afirmar que existe una asociación entre el acceso laboral y el lugar de origen. Sin embargo, ni el nivel de estudios ni el *status* legal determinan la situación laboral en España de las poblaciones analizadas, aunque sí influyen en la categoría profesional. Sólo se encuentran grados calificados entre las mujeres que están en situación regularizada, en los dos grupos.

No obstante, la mayoría de ellas se dedicaban a actividades de servicio doméstico (86,7 % entre las latinoamericanas y 71,2 % en las magrebíes) y otras tareas no calificadas, y entre las latinoamericanas había un 6,1 % que ejercían la prostitución. En cuanto a los trabajos realizados en su país de origen, se observa que apenas hay mujeres que se dedican al servicio doméstico, que ninguna ejercía la prostitución y que un 49 % de latinoamericanas y un 19 % de magrebíes desempeñaban cargos técnicos o profesiones liberales.

En definitiva, se observan grandes diferencias en la actividad desempeñada en ambos entornos. De esta forma, se analizó el impacto que supone la migración desde el punto de vista laboral, para las mujeres de la muestra. Según la tabla 1, entre las latinoamericanas es mayor, significativamente, el porcentaje de impacto negativo, es decir, que tras la migración han descendido en la escala profesional o que no trabajaban en España, mientras que en sus países sí lo hacían.

El acceso a la vivienda también es un factor de integración fundamental<sup>15</sup> y, además, se relaciona con las características higiénico-sanitarias. El tipo de vivienda que han señalado las mujeres de ambos colectivos con mayor frecuencia es el piso de alquiler, y, en segundo lugar, son mayoría las que residen como internas en las casas donde trabajan. Sin tener en cuenta a estas últimas, que pueden tener un nivel de confort superior al resto de las mujeres analizadas, el promedio de hacinamiento obtenido no se caracteriza por ser elevado (tabla 2). Estos resultados no es lo que reflejan las estadísticas de inmigración en España,<sup>16</sup> aunque como se ve entre los valores máximos de ambos colectivos, puede haber incluso hasta 7 personas compartiendo la misma habitación.

El nivel de hacinamiento está condicionado por el tiempo de asentamiento y por las características sociolaborales de las mujeres. El número de personas por habitación es significativamente menor para las mujeres que desempeñaban un trabajo remunerado que para las que sólo se ocupaban de las actividades del hogar ( $U = 671,5$ ,  $p < 0,01$ , en magrebíes,  $U = 467,5$ ,  $p < 0,001$ , en latinoamericanas). También se observa entre las magrebíes de mayor nivel de estu-

dios un menor hacinamiento ( $p = -0,24$ ,  $p < 0,05$ ). Asimismo, existe una correlación negativa entre el tiempo de estancia en España y el hacinamiento, en los dos grupos ( $p = -0,39$ ,  $p < 0,001$ , en magrebíes,  $p = -0,32$ ,  $p < 0,01$ , en latinoamericanas).

En cuanto a la salud reproductiva, como primer paso es necesario definir el comienzo de la vida fértil, que está marcado por la menarquia o edad de la primera menstruación. Los resultados ponen de manifiesto que las magrebíes comienzan su ciclo fértil de manera más tardía, significativamente ( $U = 4.326,0$ ,  $p < 0,05$ ), que la población latinoamericana con que se compara. La media de menarquia es de 14,18 años ( $\pm 1,7$ ) en las magrebíes y 13,68 años ( $\pm 1,8$ ) en latinoamericanas.

El comportamiento reproductivo, que es una variable importante en el análisis de la salud, también muestra diferencias significativas entre ambas poblaciones, con respecto al uso de métodos anticonceptivos, tanto antes como después de la migración. Sin embargo, esas diferencias no se dan en el número medio de embarazos, abortos e hijos nacidos vivos.

Las mujeres latinoamericanas son las que más utilizan los métodos anticonceptivos, 55,2 % y 44 % antes y después de la migración, frente al 25 % y 29,2 % de magrebíes ( $X^2 = 20,32$ ,  $p < 0,001$ , en su país y  $X^2 = 6,26$ ,  $p < 0,05$ , en España). De esta forma, entre las magrebíes, es mayor el número de mujeres que los utilizan en España, mientras que entre las latinoamericanas es mayor el porcentaje de mujeres que sólo los utilizaba antes de la migración (tabla 3), aunque no hay diferencias significativas entre ambas poblaciones respecto al cambio de comportamiento reproductivo.

**TABLA 1. Descripción y comparación del impacto laboral de la migración**

| Impacto laboral de la migración | Latinoamérica |            | Magreb     |            |                                  |
|---------------------------------|---------------|------------|------------|------------|----------------------------------|
|                                 | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |                                  |
| No hay cambio                   | 16            | 12,8       | 33         | 34,4       | $X^2 = 18,58$<br>( $p < 0,001$ ) |
| Impacto negativo                | 83            | 66,4       | 37         | 38,6       |                                  |
| Impacto positivo                | 26            | 20,8       | 26         | 27,0       |                                  |

**TABLA 2. Descripción y comparación del hacinamiento**

| Hacinamiento                     | Latinoamérica  | Magreb         |                                     |
|----------------------------------|----------------|----------------|-------------------------------------|
| Media y desviación estándar (sd) | 1,93 $\pm$ 1,0 | 2,04 $\pm$ 1,1 | $U = 3.585,5$<br>(no significativo) |
| Mediana                          | 1,67           | 2              |                                     |
| Valor mínimo y máximo            | 0,5 / 7,0      | 0,5 / 7,0      |                                     |

**TABLA 3. Descripción y comparación del cambio en el uso de anticonceptivos tras la migración**

| Cambio del uso de anticonceptivos | Latinoamérica |            | Magreb     |            |                                    |
|-----------------------------------|---------------|------------|------------|------------|------------------------------------|
|                                   | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |                                    |
| No hay cambio                     | 88            | 73,3       | 70         | 72,9       | $X^2 = 3,16$<br>(no significativo) |
| Sólo en su país                   | 21            | 17,5       | 11         | 11,5       |                                    |
| Sólo en España                    | 11            | 9,2        | 15         | 15,6       |                                    |

Pero, sí se observa la influencia de la migración mediante las variables tiempo de asentamiento, situación laboral y nivel de ingresos. Las magrebíes que utilizaban anticonceptivos llevaban en España mayor tiempo ( $U = 644,5$ ,  $p < 0,05$ ), que las mujeres que no los usaban. También significativamente ( $X^2 = 4,74$ ,  $p < 0,05$ ), la mayoría de las mujeres del Magreb que trabajaban fuera de su hogar las empleaban, y, además, el nivel de ingresos está asociado a la planificación familiar tanto en latinoamericanas ( $X^2 = 11,64$ ,  $p < 0,01$ ) como en magrebíes ( $X^2 = 12,25$ ,  $p < 0,01$ ). Un alto porcentaje de mujeres con los más bajos niveles de ingresos no los utilizaban, mientras que la mayoría de las mujeres con ingresos superiores a 900 euros (magrebíes) o 600 euros (latinoamericanas) sí. Por otro lado, tener pareja es determinante en el uso de estos métodos tras la migración, en las dos poblaciones analizadas ( $X^2 = 7,1$ ,  $p < 0,01$ , en magrebíes y  $X^2 = 4,7$ ,  $p < 0,05$ , en latinoamericanas).

Se ha elaborado un análisis de regresión logística, con la variable dependiente uso de anticonceptivos en España y como independientes, además del lugar de procedencia y la edad, se ha considerado el nivel de estudios, si trabajaban o no, la situación legal y el nivel de ingresos. Los resultados muestran que esta última tiene un alto poder predictivo

(Wald = 15,3,  $p < 0,01$ ), la probabilidad de uso es más alta cuanto mayor es el nivel económico en España.

En cuanto al número de embarazos (tabla 4), abortos (tabla 5) e hijos (tabla 6) son las magrebíes las que presentan tendencia a mayores valores medios. En referencia al tipo de abortos, los porcentajes obtenidos son similares en ambos grupos, un 77,8 % de las latinoamericanas y un 66,7 % de magrebíes han tenido uno o más abortos naturales, mientras en un 27,8 % y un 29,2 % respectivamente, han sido provocados.

Acerca del número medio de hijos nacidos vivos, ambas poblaciones superan la tasa de fecundidad descrita para la población española, que es de 1,26 hijos por mujer.<sup>17</sup> Además, los hijos nacidos tras la migración son una de las variables demográficas que despiertan más interés en este tipo de estudios. Dentro de las poblaciones analizadas, el 50 % de las magrebíes, que han tenido hijos, los han tenido tras su asentamiento en España, frente al 24,7 % de las latinoamericanas. En las poblaciones analizadas, es significativamente mayor ( $X^2 = 8,3$ ,  $p < 0,01$ ) el porcentaje de magrebíes que deciden tener hijos después de iniciado su proceso migratorio.

**TABLA 4. Descripción y comparación del número de embarazos**

| Número de embarazos              | Latinoamérica | Magreb     |                    |
|----------------------------------|---------------|------------|--------------------|
| Media y desviación estándar (sd) | 2,46 ± 1,8    | 3,09 ± 2,5 | U = 2646,0         |
| Mediana                          | 2,0           | 2,0        | (no significativo) |
| Mínimo y máximo                  | 1 / 12        | 1 / 10     |                    |

**TABLA 5. Descripción y comparación del número medio de abortos**

| Número de abortos                | Latinoamérica | Magreb    |                    |
|----------------------------------|---------------|-----------|--------------------|
| Media y desviación estándar (sd) | 0,5 ± 0,9     | 0,7 ± 1,2 | U = 2.716,0        |
| Mediana                          | 0,0           | 0,0       | (no significativo) |
| Mínimo y máximo                  | 0 / 6         | 0 / 6     |                    |

**TABLA 6. Descripción y comparación del número total de hijos**

| Hijos e hijas                    | Latinoamérica | Magreb     |                    |
|----------------------------------|---------------|------------|--------------------|
| Media y desviación estándar (sd) | 1,81 ± 1,5    | 2,21 ± 2,4 | U = 2.790,0        |
| Mediana                          | 1,5           | 1,0        | (no significativo) |
| Mínimo / Máximo                  | 0 / 11        | 0 / 10     |                    |

El análisis de la salud ginecológica muestra un alto porcentaje de mujeres que presentan disfunciones tanto en sus países de origen (tabla 7) como en España (tabla 8). Por otra parte, entre las enfermedades referidas con mayor frecuencia, en los dos colectivos, están las relacionadas con la salud reproductiva (quistes, amenorrea y otros problemas ginecológicos). Se dan en un 25 % de las magrebíes y un 25,7 % de latinoamericanas, con respecto a sus países de origen, y en un 20 % y 16,1 %, respectivamente, en el contexto español. Según los datos obtenidos, tras la migración, disminuye la frecuencia de mujeres con problemas ginecológicos. Aunque estos resultados pueden estar matizados por una falta de diagnóstico en el país receptor, ya que en el análisis de los síntomas menstruales los porcentajes de mujeres con irregularidades y síntomas menstruales son mayores en el país de acogida.

En España, y en ambas poblaciones, se dan mayores frecuencias de ciclos irregulares, amenorreas y dolor y turgencia de senos, alteraciones dérmicas y otros síntomas. Pero, como excepción, el porcentaje de magrebíes con dismenorrea es menor tras la migración.

Analizando con más detalle estas disfunciones, entre las mujeres que tenían ciclos regulares antes de la migración, un 19,5 % de las latinoamericanas y un 15,4 % de las magrebíes pasan a tenerlos irregulares (tabla 9). La amenorrea (tabla 10), en este estudio se refiere a un mes o más de ausencia de regla (aunque el término se refiere a la interrupción, durante al menos seis meses, de los ciclos menstruales,

sin que existan causas normales como embarazo, parto o menopausia<sup>18</sup>), aumenta en un 10 % entre las magrebíes y en un 15 % entre las latinoamericanas.

En el caso de la dismenorrea (tabla 11), que es el síntoma más común en las dos poblaciones analizadas tanto en sus países de origen como en España, la población magrebí mejora con la migración, y un 17,4 % de mujeres dejan de tenerla. Por el contrario, un 13 % de latinoamericanas que tienen dismenorrea en España en sus países no la tenían.

En la tabla 12 se exponen los resultados sobre los cambios que experimenta la variable dolor de mamas, y en la tabla 13 los de las alteraciones dérmicas, que es la característica del ciclo que menos cambia con la migración. No obstante, igual que en las variables anteriores, es mayor el porcentaje de mujeres que tienen este síntoma sólo después de la migración, que quienes lo tenían sólo en sus países de origen. En cuanto a otros síntomas asociados a la menstruación (dolores articulares, de cabeza, más nerviosa, cólicos, vómitos, hinchada), en la tabla 14 se observa que hay un 8,8 % de latinoamericanas y un 5,4 % de magrebíes que los presentaban sólo en España. Entre las mujeres analizadas no hay ninguna que presentara en su país un síntoma y en España otro diferente.

No se ha encontrado ninguna asociación entre los indicadores de salud reproductiva analizados y la situación legal, el acceso al trabajo u otras variables relativas al asentamiento. Los únicos resultados significativos se han obtenido con respecto al estudio de las variables en el contexto de su país y de España, de manera independiente.

**TABLA 7. Descripción y comparación de las disfunciones y síntomas menstruales en su país**

| Regularidad           | Latinoamérica |            | Magreb     |            |                                    |
|-----------------------|---------------|------------|------------|------------|------------------------------------|
|                       | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |                                    |
| Regular               | 91            | 74,0       | 74         | 80,4       | $X^2 = 1,23$<br>(no significativo) |
| Irregular             | 32            | 26,0       | 18         | 19,6       |                                    |
| Amenorrea             | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | $X^2 = 1,82$<br>(no significativo) |
| Sí                    | 18            | 14,6       | 8          | 8,6        |                                    |
| No                    | 105           | 85,4       | 85         | 91,4       |                                    |
| Dismenorrea           | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | $X^2 = 17,15$<br>( $p < 0,001$ )   |
| Sí                    | 47            | 38,2       | 62         | 66,7       |                                    |
| No                    | 76            | 61,8       | 31         | 33,3       |                                    |
| Dolor de senos        | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | $X^2 = 17,31$<br>( $p < 0,001$ )   |
| Sí                    | 32            | 26,0       | 50         | 53,8       |                                    |
| No                    | 91            | 74,0       | 43         | 46,2       |                                    |
| Alteraciones dérmicas | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | $X^2 = 9,57$<br>( $p < 0,01$ )     |
| Sí                    | 21            | 17,1       | 33         | 35,5       |                                    |
| No                    | 102           | 82,9       | 60         | 64,5       |                                    |
| Otros síntomas        | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | $X^2 = 0,00$<br>(no significativo) |
| No                    | 90            | 73,2       | 68         | 73,1       |                                    |
| Sí                    | 33            | 26,8       | 25         | 26,9       |                                    |

**TABLA 8. Descripción y comparación de las disfunciones y síntomas menstruales en España**

| Regularidad           | Latinoamérica |            | Magreb     |            |                                    |
|-----------------------|---------------|------------|------------|------------|------------------------------------|
|                       | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |                                    |
| Regular               | 67            | 58,3       | 68         | 71,6       | $X^2 = 4,02$<br>( $p < 0,01$ )     |
| Irregular             | 48            | 41,7       | 27         | 28,4       |                                    |
| Amenorrea             | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | $X^2 = 0,96$<br>(no significativo) |
| Sí                    | 26            | 22,2       | 16         | 16,8       |                                    |
| No                    | 91            | 77,8       | 79         | 83,2       |                                    |
| Dismenorrea           | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | $X^2 = 2,74$<br>(no significativo) |
| Sí                    | 49            | 42,2       | 51         | 53,7       |                                    |
| No                    | 67            | 57,8       | 44         | 46,3       |                                    |
| Alteraciones dérmicas | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | $X^2 = 3,71$<br>(no significativo) |
| Sí                    | 27            | 23,1       | 33         | 35,1       |                                    |
| No                    | 90            | 76,9       | 61         | 64,9       |                                    |
| Dolor de senos        | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | $X^2 = 14,44$<br>( $p < 0,01$ )    |
| Sí                    | 39            | 33,6       | 53         | 55,8       |                                    |
| No                    | 77            | 66,7       | 42         | 44,2       |                                    |
| Otros síntomas        | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | $X^2 = 0,06$<br>(no significativo) |
| No                    | 80            | 69,0       | 64         | 67,4       |                                    |
| Sí                    | 36            | 31,0       | 31         | 32,6       |                                    |

**TABLA 9. Descripción del cambio de la regularidad del ciclo menstrual tras la migración**

| Cambio de ciclo        | Latinoamérica |            | Magreb     |            |                                    |
|------------------------|---------------|------------|------------|------------|------------------------------------|
|                        | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |                                    |
| No hay cambio          | 87            | 77,0       | 71         | 78,0       | $X^2 = 1,44$<br>(no significativo) |
| De regular a irregular | 22            | 19,5       | 14         | 15,4       |                                    |
| De irregular a regular | 4             | 3,2        | 6          | 6,6        |                                    |

**TABLA 10. Descripción del cambio de amenorrea tras la migración**

| Diferencia de amenorrea   | Latinoamérica |            | Magreb     |            |                                    |
|---------------------------|---------------|------------|------------|------------|------------------------------------|
|                           | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |                                    |
| No hay cambio             | 90            | 78,3       | 80         | 87,0       | $X^2 = 0,18$<br>(no significativo) |
| Sólo amenorrea en España  | 17            | 14,8       | 10         | 10,4       |                                    |
| Sólo amenorrea en su país | 8             | 7,0        | 2          | 2,2        |                                    |

**TABLA 11. Descripción y comparación de la dismenorrea tras la migración**

| Diferencia de dismenorrea   | Latinoamérica |            | Magreb     |            |                                |
|-----------------------------|---------------|------------|------------|------------|--------------------------------|
|                             | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |                                |
| No hay cambio               | 92            | 80,7       | 71         | 77,2       | $X^2 = 8,98$<br>( $p < 0,05$ ) |
| Sólo dismenorrea en España  | 15            | 13,2       | 5          | 5,4        |                                |
| Sólo dismenorrea en su país | 7             | 6,1        | 16         | 17,4       |                                |

**TABLA 12. Descripción del dolor en las mamas tras la migración**

| Diferencia de dolor de senos | Latinoamérica |            | Magreb     |            |                                    |
|------------------------------|---------------|------------|------------|------------|------------------------------------|
|                              | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |                                    |
| No hay cambio                | 99            | 86,8       | 78         | 84,8       | $X^2 = 1,87$<br>(no significativo) |
| Sólo en España               | 11            | 9,6        | 7          | 7,6        |                                    |
| Sólo en su país              | 4             | 3,2        | 7          | 7,6        |                                    |

**TABLA 13. Descripción del cambio de alteraciones dérmicas tras la migración**

| Diferencia de alteraciones dérmicas | Latinoamérica |            | Magreb     |            |              |
|-------------------------------------|---------------|------------|------------|------------|--------------|
|                                     | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |              |
| No hay cambio                       | 106           | 92,2       | 86         | 94,5       | (no procede) |
| Sólo en España                      | 9             | 7,8        | 3          | 3,3        |              |
| Sólo en su país                     | —             | —          | 2          | 2,2        |              |

**TABLA 14. Descripción del cambio de otros síntomas tras la migración**

| Diferencia de otros síntomas | Latinoamérica |            | Magreb     |            |                    |
|------------------------------|---------------|------------|------------|------------|--------------------|
|                              | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |                    |
| No hay cambio                | 99            | 86,8       | 86         | 93,5       | $X^2 = 2,64$       |
| Sólo en España               | 11            | 8,8        | 5          | 5,4        | (no significativo) |
| Sólo en su país              | 4             | 3,5        | 1          | 1,1        |                    |

Se ha observado un efecto significativo ( $X^2 = 7,4$ ,  $p < 0,01$ ) del consumo de alcohol en España sobre el tipo de ciclo tras la migración, aunque sólo en el colectivo latinoamericano. Más del 51 % de las mujeres que consumían alcohol tenían ciclos irregulares en España, mientras que el 76 % de las que no lo tomaban tenían ciclos regulares. Asimismo, entre las mujeres de ese colectivo que practicaban deporte antes de llegar a España hay mayores porcentajes (56,6 %) que experimentan dolores menstruales ( $X^2 = 12,9$ ,  $p < 0,001$ ).

El consumo de tabaco influye en el dolor de las mamas, entre las latinoamericanas. Un 52 % de las mujeres que fumaban tras la migración, tenían dolores de senos durante la menstruación, frente a un 72 % que no fuma y no tiene este síntoma ( $X^2 = 5,0$ ,  $p < 0,05$ ). También, el 79 % de las mujeres con dolor de senos consumían alcohol en España ( $X^2 = 3,9$ ,  $p < 0,05$ ).

El nivel de estudios se relaciona, en la población magrebí, con la variable otros síntomas, tanto en el contexto español ( $X^2 = 6,6$ ,  $p < 0,05$ ), como antes de la migración ( $X^2 = 7,6$ ,  $p < 0,05$ ). La mayoría de las mujeres que presentaban otros síntomas menstruales tenían niveles educativos secundarios o superiores. Además, el 71 % de las magrebíes que trabajaban fuera de sus hogares en España también padecían otros síntomas asociados a la menstruación ( $X^2 = 4,9$ ,  $p < 0,05$ ).

Por otra parte, se han encontrado relaciones significativas entre las distintas variables sintomáticas. Así, en las magrebíes, la presencia de amenorrea se relaciona con el tipo de ciclo, tanto en el país de origen ( $X^2 = 17,1$ ,  $p < 0,001$ ) como en España ( $X^2 = 10,9$ ,  $p < 0,01$ ). En ambos casos, la mayoría de las mujeres con amenorrea tenían ciclos irregulares, lo que puede estar definido por estados patológicos no necesariamente relacionados con la migración. En las latinoamericanas, se obtienen los mismos resultados para

el análisis de la amenorrea en el país de origen ( $X^2 = 23,4$ ,  $p < 0,001$ ), pero, la existencia de esa disfunción tras la migración es independiente del tipo de ciclo. Esto último puede estar describiendo algún tipo de influencia psicológica no recogida en este estudio, ya que no se ha encontrado asociación entre la existencia de amenorrea y las variables relacionadas con factores estresantes como el *status* legal o el acceso al trabajo. Se realizó un análisis de correspondencias múltiple con el fin de visualizar de manera integrada la presencia de amenorrea con estos factores socioeconómicos, pero no se ha observado una asociación clara con ninguna variable.

En la población latinoamericana, las alteraciones dérmicas se asocian, tras la migración, con el tipo de ciclo ( $X^2 = 4,5$ ,  $p < 0,05$ ), el 60 % de las mujeres con alteraciones en la piel tiene ciclos irregulares.

La variable otros síntomas asociados a la menstruación, tras la migración, aparece relacionada, en magrebíes, a la menarquia ( $X^2 = 7,5$ ,  $p < 0,05$ ), entre las mujeres de menarquia temprana el 52,2 % sí los tenían, mientras que el 83,3 % con menarquia tardía no tenían ningún síntoma asociado a la menstruación. Además, tanto las magrebíes (77,2 %) como las latinoamericanas (74,7 %) que habían tenido al menos un embarazo tenían otros síntomas ( $X^2 = 6,6$ ,  $p < 0,05$  latinoamericanas,  $X^2 = 6,3$   $p < 0,05$ , magrebíes).

En cuanto a la relación entre el comportamiento y la salud reproductiva, la existencia de dismenorrea, se asocia, tras la migración, con el número de embarazos en mujeres magrebíes ( $X^2 = 5,5$ ,  $p < 0,05$ ), un 68,4 % de las mujeres que no han tenido embarazos tiene dismenorrea. También, en esta población, aparece relacionado significativamente ( $X^2 = 4,2$ ,  $p < 0,05$ ) el número de embarazos con las afecciones de la piel. Más de un 73 % de las mujeres que han tenido uno o más embarazos no tiene estas afecciones, mientras

que sí las tienen la mayoría de las mujeres que no han tenido embarazos.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La muestra que se analiza en este trabajo se ajusta a las características de la población inmigrante femenina de Madrid y, en general, de España, tanto desde el punto de vista demográfico como educativo. Con respecto a este último, las latinoamericanas están en ventaja frente a las magrebíes. Además, según los datos referentes a los países de origen,<sup>19,20</sup> el contexto en el que viven estas mujeres está marcado por tasas de analfabetismo superiores a las de las mujeres que deciden emigrar. Esto es importante porque, aunque el nivel de instrucción no va a influir en el acceso al trabajo, puede favorecer un mejor puesto laboral en el país receptor, lo que va a permitir una mejor inserción y calidad de vida en éste. También, tal como apuntan los resultados, el acceso laboral supone un menor nivel ocupacional de la vivienda, de forma que la situación sociolaboral va a determinar mejores condiciones higiénicas, en relación con el tipo de alojamiento, de las mujeres inmigrantes analizadas.

En cuanto al comportamiento reproductivo, entre los resultados se observa una estrategia más cercana a la de los países en vías de desarrollo que las de los países industrializados,<sup>21,22</sup> con tamaños familiares elevados. Hay que considerar que la mayoría de las mujeres están en edad fértil, así que el número medio de hijos podría aumentar. Por otra parte, el hecho de que entre las magrebíes de la muestra aumente el uso de anticonceptivos tras la migración indica un deseo por parte de las mujeres de limitar su fertilidad.

*Bravo*<sup>6</sup> encuentra un cambio en los patrones de fecundidad de las mujeres marroquíes y latinoamericanas de Madrid, que explica en función de los cambios socioeconómicos y culturales, que no favorecen la imitación del patrón reproductivo de sus madres. Entre estos, el trabajo remunerado sería una variable fundamental de ese cambio, tal como se ha visto en los resultados, determina el comportamiento reproductivo de las mujeres magrebíes tras la migración. Otro elemento importante es la falta de apoyo a la maternidad.<sup>23</sup> La ausencia de familiares (o instituciones) que cuiden a los hijos<sup>24</sup> en el nuevo país de residencia es un freno para la maternidad, tras la migración.

Desde el punto de vista sanitario, los resultados apuntan hacia una peor salud reproductiva entre las mujeres magrebíes de la muestra, en los dos entornos analizados. Aunque considerando el porcentaje de latinoamericanas que presentan disfunciones respecto a sus países de origen, parece que el impacto migratorio sobre la salud ginecológica es más acusado entre éstas.

Esto puede ser reflejo de problemas psicológicos<sup>11,12,25</sup> asociados a unas condiciones desfavorables. Por ejemplo, *Harlow*<sup>11</sup> encontró que el abandono del hogar y la alteración de la función menstrual eran variables asociadas. También *Prado* y otros<sup>12</sup> han observado la influencia del estrés

sobre las irregularidades del ciclo. *Harlow* y *Matanoski*,<sup>26</sup> encontraron que circunstancias adversas como la separación de los familiares no eran importantes a la hora de determinar la regularidad del ciclo. Por el contrario, sucesos favorables, como el comienzo en un nuevo trabajo, pueden contribuir a la probabilidad de tener ciclos más largos. Según los autores, las situaciones vitales que suponen una mayor carga psicológica o el hecho de afrontar nuevas situaciones pueden ser más relevantes para explicar las disfunciones menstruales.

Los indicadores utilizados en este estudio para valorar el estrés, no parecen influir de manera directa sobre la fisiología ovárica de la muestra estudiada. El estrés podría estar actuando de manera indirecta, y por tanto, sería necesario analizar de manera más amplia todos los factores susceptibles de alterar el ciclo reproductivo de las mujeres.

Sin embargo, sí se ha observado la relación entre determinados hábitos tras la migración, como el consumo de alcohol, con respecto a la presencia de ciclos irregulares y al dolor de los senos, éste también asociado con el consumo de tabaco. De esta forma, la migración puede tener un doble efecto sobre la salud reproductiva, por un lado, el del estrés que conlleva el hecho de migrar, que ya ha sido descrito, y, como se ha puesto de manifiesto, el de la influencia de los hábitos no recomendables adquiridos con la migración.

Por otra parte, las variables que se asocian con la dismenorrea (ciclos irregulares y no haber tenido embarazos) apuntan hacia causas de tipo hormonal como explicación parcial del origen del problema. Por tanto, a la hora de analizar la salud ginecológica de las mujeres inmigrantes, o realizar campañas de prevención enfocadas en este tema, además de considerar la influencia de los factores asociados a la migración, es importante tener en cuenta posibles desórdenes de tipo fisiológico, que pueden deberse a ausencias de tratamiento y/o a consulta médica. En este sentido, se ha comprobado cómo la prevalencia de enfermedades ginecológicas, tras la migración, aumenta entre las magrebíes, mientras que en las latinoamericanas disminuye. En ambos colectivos, el cambio en el porcentaje de mujeres que refieren estas patologías en el país de acogida es, sin duda, reflejo del cambio en el porcentaje de visitas al especialista.<sup>13</sup>

En conclusión, se observa una transformación de los patrones de fecundidad y de las características reproductivas de las mujeres que deciden emigrar. Esto se pone de manifiesto, principalmente, por el cambio en el uso de los métodos anticonceptivos. La situación laboral y el nivel de ingresos, en paralelo al tiempo de asentamiento son los factores fundamentales de ese cambio, que no favorecen la imitación del patrón de fertilidad tradicional de los países de origen. Sin embargo, la estrategia reproductiva de las mujeres migrantes también difiere de la del país de acogida, debido, en parte, a que cuando las mujeres iniciaron su proceso migratorio ya tenían descendencia. Asimismo, se

producen mayores prevalencias de disfunciones menstruales bajo la influencia de los cambios en los hábitos saludables tras el asentamiento en el nuevo país, entre otros factores.

Las condiciones socioeconómicas, laborales y el tiempo de asentamiento van a tener repercusiones sobre la fertilidad y el comportamiento reproductivo de las mujeres inmigrantes, así como en su bienestar y salud.

**SUMMARY: Social and health impact of migration on Maghrebian and Latin American women in Madrid Official data about immigrant women, mainly on their reproductive health are scarce. The objective of the presente paper is to define the socio-economic and reproductive characteristics of the women from Latin America and Maghreb based in Madrid, and to determine the migratory impact from the gynecological health viewpoint. A number of socio-economic and reproductive variables has been examined in a population of 96 Maghrebian and 125 Latin American women. Quantitative indexes have been used to determine the migratory impact in relation to these factors. The results show a change in reproductive behavior and higher frequencies of menstrual dysfunction after migration. In conclusion, worse health status in the welcoming country and a change in fertility pattern associated to the social and working conditions of the migrant women were observed.**

**Key words: Immigration, Maghrebian women, Latin American women, health, reproductive cycle, impact.**

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Bonifazi C, Ferruzza A. Latin American women in Italy: New reality of international migration system. Ponencia presentada en las jornadas: La Mujer Latinoamericana en la Migración Internacional. Madrid: 5-8 de octubre 1995.
2. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (página de internet). Main Trends in International Migration [revisado el 21 de agosto de 2003]. Disponible en: <http://www.ocde.org>
3. Unión General de Trabajadores. Mujeres inmigrantes. Factores de exclusión e inserción en una sociedad multiétnica. Madrid: Comisión Ejecutiva Confederal de UGT; 2001.
4. Gregorio C. Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género. Madrid: Narcea; 1998.
5. Castillo S, Mazarrasa L. Salud y trabajo: una relación problemática en los discursos de las mujeres inmigrantes. Ofrim. Suplementos, 2001.
6. Bravo A. Desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes. En: Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones. Migraciones 13. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2003. p. 137-183.
7. Bravo A. Cultura y maternidad en la inmigración: desigualdades en la salud reproductiva (Informe). Madrid: Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones. Universidad Pontificia de Comillas; 2001.
8. Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la comunidad de Madrid. Atención Primaria 2000; 26: 314-318.
9. Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria inmigrante en Barcelona. Gac Sanit 2002;16(5):376-384.
10. Salazar A, Navarro-Calderón E, Almela F, Abad I, Borrás R, González A, et al. Altas hospitalarias de la población inmigrante en la ciudad de Valencia. Instituto de Salud Carlos III. Bol Epidemiol Semanal. 2003;11(5):49-60.
11. Harlow S. Menstruación y transición hacia la menopausia. En: Langer A, Tolbert E. eds. Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México. México DF: Edames/Population Council; 1996. p. 377-405.
12. Prado C, Gómez-Lobo P, Cuesta R, Acevedo P, Ramos A. Valoración nutricional en una muestra de población reclusa femenina. Repercusión morfofisiológica durante el internamiento. Estudios de Antropología Biológica 1997;8:157-170.
13. Acevedo P. Las mujeres inmigrantes del Magreb y América Latina en la Comunidad de Madrid: Características sociales y sanitarias [tesis]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de Biología; 2004.
14. Tanner JM. Trend towards earlier menarche in London, Oslo, Copenhagen, The Netherlands and Hungary. Nature 1973; 243, 95.
15. Cachón L. La inmigración en España: los desafíos de la construcción de una nueva sociedad. En: Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones. Migraciones 14. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2003. p. 219-304.
16. Lora Tamayo G. Evolución reciente y perfil de la población extranjera en Madrid. En: Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones. Migraciones 13. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2003. p. 7-59.
17. Instituto Nacional de Estadística (página de internet). Movimiento Natural de Población. Datos avance 2002 actualizado el 17 de junio de 2003, [revisado el 2 de septiembre de 2003]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np285.pdf>
18. Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. (página de internet). Amenorrea secundaria (revisado el 11 de junio de 2004). Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001219.htm>
19. Direction de la Statistique (página de internet). Alphabétisation et enseignement: niveau et tendances [revisado el 23 de marzo de 2004]. Disponible en: <http://www.statistic-hcp.ma/education9.pdf>.
20. Organización Panamericana de la Salud (página de internet). Perfiles Básicos de Salud de Países en las Américas [revisado el 23 de marzo de 2004]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/sha/profiles.htm>
21. Crognier E, Bernis C, Elizondo S, Varela C. The pattern of reproductive life in a Berber Population of Morocco. Soc Biol 1993;40(3-4):191-199.
22. Marrodán MD, Prado C, Acevedo P, Cuesta C, Juan R, Pérez de Landazabal E, et al. Some aspects of the reproductive behaviour of immigrant women in Spain. Acta Biol Szeged. 1997;42:251-257.

23. Colomer C. Políticas de salud: evaluación de los objetivos 13 a 17. Madrid: Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Acción Sanitaria; 2000.
24. Kaplan A. Aculturación de los comportamientos reproductivos en la población inmigrante senegambiana residente en Cataluña. En: Salas O, Ugalde A, eds. Inmigración, salud y políticas sociales. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1997. p. 153-157.
25. Prado C, Marrodán MD, Sanchez-Andrés A, Gutiérrez E, Acevedo P, Sebastián J. Ciclo y patrones reproductivos de las mujeres emigrantes en España. En: Salas O, Ugalde A, eds. Inmigración, salud y políticas sociales. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1997. p. 159-170.
26. Harlow SD, Matanoski GM. The association between weight, physical activity and stress and variation in the length of menstrual cycle. *Am J Epidemiol* 1991;133:38-49.

Recibido: 8 de septiembre de 2004. Aprobado: 15 de febrero de 2005.  
*Paula Acevedo Cantero*. Unidad de Antropología Física. Departamento de Biología. Universidad Autónoma de Madrid. 28049 Madrid. España. E-mail: paula.acevedo@uam.es

## IX CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL

### DECLARACIÓN

**Cuba demuestra de forma transparente que el requisito fundamental para disfrutar de una buena salud colectiva es la voluntad política para garantizar la equidad social.**

**Un país pobre, que hasta hace unas décadas era uno de los tantos ejemplos del subdesarrollo dependiente Latinoamericano, se ha convertido en lo que es quizás, el mejor ejemplo mundial de un uso eficiente de recursos para alcanzar un nivel de salud de los mejores del mundo, con tasas de mortalidad infantil, por ejemplo, que son hoy inferiores a las de Estados Unidos.**

**El Sistema de Salud cubano, universal, gratuito, solidario, preventivista y financiado por el Estado constituye un ejemplo que los demás países latinoamericanos debemos tener como meta. Este sistema cubano está en las antípodas de lo que el Banco Mundial nos aconseja.**

**Los trabajadores de la salud reunidos en el IX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) aplaudimos a la salud Cubana, repudiamos los múltiples hechos de agresión contra la Isla perpetrados por el Gobierno Norteamericano, que ponen en peligro no solo a la Salud, sino a la vida en Cuba y hacemos votos para que el Sistema de Salud Cubano siga avanzando en sus logros, inspirando así a los demás países para alcanzar niveles de justicia social y de salud colectiva semejantes.**

Lima, 13 agosto 2004.