



**La juventud inmigrante en España:
Comportamientos sexuales y propuestas
para la prevención de riesgos**

Isabel Serrano Fuster

**Investigación cualitativa**

Justa Montero Corominas

Antonio Rivero García

Diseño Gráfico

Pep Carrió / Sonia Sánchez

Antonio Fernández

Maquetación

Charo Villa

Edición

© Instituto de la Juventud

Redacción

Servicio de Programas Interministeriales

C/ Marqués del Riscal, 16

Tel. 91 363 78 45

Nuestro agradecimiento a todas las personas que, a nivel individual o en representación de ONG, Asociaciones e instituciones, han colaborado en el desarrollo del proyecto.



NIPO: 208-07-047-6

Dep. Legal: xxxxxxxxxxxx

Impresión: XXXXXXXXXXXXXXXX

Presentación	5
Introducción	7
1. DATOS RELEVANTES SOBRE LA JUVENTUD INMIGRANTE EN ESPAÑA	11
1.1. Jóvenes inmigrantes entre 15 y 24 años establecidos en España	11
1.2. Convivencia, relaciones familiares, de amistad y de pareja	14
1.3. El alumnado inmigrante	16
1.4. Embarazos, nacimientos y abortos	18
2. Aproximación a los comportamientos sexuales y reproductivos de la juventud inmigrante basados en su cultura de procedencia. Aportaciones del <i>grupo de trabajo</i>	21
2.1. Fuentes de información	21
2.2. La experiencia en países europeos con larga tradición de acogida de inmigrantes de <i>segunda</i> y <i>tercera</i> generación	22
2.3. Mitos y creencias más comunes sobre la juventud inmigrante	27
2.4. Aportaciones del <i>grupo de trabajo</i>	28
3. Análisis de los <i>discursos</i> de la juventud inmigrante ecuatoriana y marroquí mediante metodología cualitativa. Resultados de <i>grupos de discusión</i>	35
3.1. Metodología	36
3.2. Técnica	36
3.3. Grupos de mujeres jóvenes ecuatorianas	38
3.3.1. Valoración sobre su desarrollo	38
3.3.2. Principales conclusiones	39
3.4. Grupos de varones jóvenes ecuatorianas	43
3.4.1. Valoración sobre su desarrollo	43
3.4.2. Principales conclusiones	44
3.5. Grupos de mujeres jóvenes marroquíes	47
3.5.1. Valoración sobre su desarrollo	47
3.5.2. Principales conclusiones	48
3.6. Grupos de varones jóvenes marroquíes	54
3.6.1. Valoración sobre su desarrollo	54
3.6.2. Principales conclusiones	55
4. Conclusiones generales	59
4.1. Puntos comunes	59
4.2. Elementos distintivos en razón del sexo/género y de la nacionalidad	61
4.3. En comparación con la juventud española	63
4.4. Aspectos más desconocidos	64
5. Propuestas de intervención	67
5.1. Estrategias de intervención	67
5.2. Propuestas generales	68
5.3. Propuestas específicas	70
5.4. Consideraciones finales	76

BIBLIOGRAFÍA	79
ANEXOS	81
I. Integrantes del <i>Grupo de Trabajo</i> y otras colaboraciones	81
II. Descripción y valoración de folletos y otros materiales informativos	82

Presentación

En los últimos años estamos asistiendo a un fenómeno nuevo que debe hacer reflexionar a todas las personas e instituciones que tenemos el objetivo de mejorar el bienestar de la gente joven.

Muchos adolescentes y jóvenes procedentes de países empobrecidos viven en nuestro país como segunda generación de inmigrantes y se enfrentan, precisamente por esa condición, a las dificultades propias de crecer entre dos culturas bien diferenciadas: la representada por su familia de origen y la que adquieren a través de la escuela y *la calle*.

Esas dificultades se manifiestan en todas las esferas de la vida, también en el terreno de sus emociones, de sus comportamientos y de sus vivencias más íntimas.

Por edad, están en la etapa en que descubren la sexualidad: sus placeres pero también sus peligros. Peligros relacionados sobre todo con prácticas inseguras que, si bien son relativamente frecuentes en la juventud independientemente de la zona en que se viva, parecen incrementarse, especialmente, en los momentos de mayor vulnerabilidad, tras los primeros años de asentamiento en el país de adopción.

Es la etapa en que más echan de menos a los amigos, amigas y familiares que han dejado atrás, en la que deben integrarse en una sociedad demasiado influenciada por un consumismo que ellos no pueden asumir, siendo además, con frecuencia, objeto de discriminación o rechazo.

Así pues, aunque muchas de sus necesidades de información, de cuidados, de educación sexual o de atención sanitaria y social coinciden con las de sus iguales nacidos en España, en algunos campos requieren una respuesta adaptada específicamente a sus características.

Todos los esfuerzos son pocos para garantizar que la juventud, provenga de donde provenga, pueda disfrutar de los mismos derechos civiles y humanos, entre los que se incluye el derecho a disfrutar de una sexualidad libre de riesgos, tal y como recomiendan organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, Naciones Unidas o la Federación Internacional de Planificación Familiar.

La primera tarea para cumplir nuestros compromisos institucionales de generar estrategias de prevención es conocer de primera mano sus realidades y demandas.

Por eso, en 2006 el INJUVE puso en marcha un proyecto, distribuido en varias fases, que contando con la colaboración inestimable de asociaciones de inmigrantes, instituciones y otras entidades comprometidas en el terreno de la sexualidad, la juventud y la emigración, se marcó el

objetivo de investigar *para actuar* contando siempre, como no podía ser de otra manera, con los sectores implicados.

Este documento es producto de ese trabajo. Si bien su objetivo último es contribuir a mejorar las condiciones de vida de la juventud inmigrante, de manera más inmediata tiene la pretensión de llamar la atención sobre una realidad bastante desconocida que debemos enfocar de manera intersectorial, integral y multidisciplinar.

Los embarazos no deseados o demasiado precoces, las infecciones de transmisión sexual, incluido el SIDA, los abortos de riesgo, los abusos sexuales, o situaciones más extremas —afortunadamente minoritarias— como diversas formas de mutilación genital (MGF), la reparación himeneal por exigencia del futuro esposo o los matrimonios forzados, son sufrimientos que pueden y deben ser reducidos.

Las estrategias encaminadas a dotar a la juventud de herramientas para la prevención de riesgos, favoreciendo la integración de las y los jóvenes inmigrantes, no solo son útiles para ellos, sino para la sociedad en general, ya que nos ayuda a tomar conciencia de valores positivos como la solidaridad, la pluralidad y el respeto a las diferencias y a luchar contra determinadas lacras de una parte de nuestra sociedad, como son la xenofobia, el racismo y la intolerancia.

Confiemos en que este documento sirva para abrirnos los ojos, no a un problema sino a una oportunidad: la de contribuir al desarrollo social de un planeta tan injustamente repartido.

Leire Iglesias Santiago
Directora General del INJUVE

Introducción

La evolución del proceso migratorio en nuestro país muestra un progresivo incremento de niños y niñas, adolescentes y jóvenes inmigrantes como consecuencia de reagrupamientos familiares y, por ahora en menor medida, de nacimientos producidos de madres inmigrantes residentes.

Según el Informe de la Juventud en España (2004), a finales del año 2003 se contabilizaron aproximadamente 450.000 jóvenes extranjeros residentes, en situación regular, entre 16 y 29 años. Esta cifra se incrementa, hasta aproximadamente 800.000, si se toman como referencia los datos de Padrón municipal ya que en las fechas de análisis para inscribirse en el Padrón no se necesitaba estar en situación regularizada. Según nacionalidad de origen, el mayor porcentaje de jóvenes inmigrantes correspondía a Ecuador que representaba el 19 por ciento del total de jóvenes inmigrantes, seguido de Marruecos (17%).

Datos más recientes procedentes del Padrón municipal, publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) correspondiente a 2006, muestran las siguientes novedades: El total de jóvenes extranjeros de 15 a 24 años ascendió a 612.597, considerablemente superior teniendo en cuenta que, en este caso, se contabilizan los comprendidos en un grupo etario menor, siendo el colectivo de marroquíes el más numeroso, seguido del rumano y del ecuatoriano. Curiosamente, comparando los datos de 2005 y de 2006 se comprueba un cambio en la presencia de jóvenes según nacionalidad, ya que mientras en 2005 el colectivo procedente de Ecuador seguía muy de cerca al colectivo marroquí —el más numeroso—, en 2006 el número de jóvenes ecuatorianos disminuye pasando a un tercer lugar, por detrás de los jóvenes de origen rumano.

Si al contingente ya existente se añaden, como es previsible, nuevas generaciones de jóvenes inmigrantes, se hace imprescindible conocer los elementos más importantes de sus culturas de origen, sus comportamientos y sus necesidades educativas, sanitarias y sociales más básicas a fin de desarrollar estrategias de intervención eficaces y aceptables para esos colectivos.

Diversos estudios demuestran las barreras a las que se enfrentan la juventud en general, y la inmigrante en particular, a la hora de tomar decisiones responsables en sexualidad y, en caso de mantener relaciones sexuales, para negociar *sexo seguro* en base a diversos factores entre los que podemos señalar las dificultades atribuibles a su desfavorable situación económica, a los problemas de desarraigo y, fundamentalmente, a la doble afinidad cultural entre la cultura de origen y la de acogida.

Como consecuencia de todo lo anterior, la juventud inmigrante se expone, con ciertas variaciones según el sexo y la nacionalidad, a determinados riesgos asociados a la sexualidad como son:

- Embarazos tempranos
- Embarazos no deseados que terminan en Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Diversas formas de abuso y violencia sexual

La magnitud y repercusiones sociales y sanitarias de estas situaciones están por explorar debido a su novedad y complejidad, siendo muy deficiente la información epidemiológica existente sobre estos procesos. La información más precisa disponible se refiere al número de nacimientos de madres jóvenes extranjeras, recogida por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Cabe pensar que, aunque en estos datos se incluyen todos los nacimientos de madre no española, la inmensa mayoría de ellos corresponden a jóvenes inmigrantes que han venido a España por motivos económicos y de supervivencia.

Según estos datos oficiales, durante el año 2006 se produjeron 20.057 nacimientos de madre extranjera menor de 25 años, lo que supone el 35 por ciento del total de nacimientos registrados en España del mismo grupo de edad (57.386). Según datos procedentes de las escasas Comunidades Autónomas en las que sus registros oficiales de IVE incluyen información sobre la nacionalidad de las mujeres que abortan, alrededor del 40-50 por ciento corresponden a mujeres inmigrantes, llegando a aumentar ese porcentaje en los grupos de menor edad.

Partiendo de los retos generados por esta realidad, así como por las recomendaciones de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Población de Naciones Unidas, la Federación Internacional de Planificación Familiar y el Foro Internacional de la Juventud entre otros, el Instituto de la Juventud (INJUVE) puso en marcha en 2006 un proyecto encaminado a recopilar la máxima información posible, contando siempre con los sectores implicados, en este caso, la juventud inmigrante y sus mediadores sociales.

A partir del conocimiento de estas necesidades emergentes, se trata de plantear una serie de propuestas encaminadas a favorecer una sexualidad saludable, con su objetivo añadido de prevención de riesgos, entre la juventud inmigrante, que deben concretarse en estrategias y acciones específicas a llevar a cabo en los próximos años, bajo la dirección y supervisión institucional del INJUVE.

Objetivo general

Mejorar la información sexual, favorecer conductas positivas y saludables en torno a la sexualidad y disminuir los comportamientos de riesgo y sus consecuencias de embarazo no deseado e ITS en la juventud inmigrante, con especial atención a los grupos comprendidos entre **15 y 24 años**.

Trabajar por este objetivo supone complementariamente dotar a la juventud de instrumentos para tomar decisiones en sexualidad y favorecer el respeto a las decisiones de los demás, con resultados de prevención de la violencia sexual y mayor reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

A efectos prácticos se han delimitado dos fases: una primera, de análisis y elaboración de propuestas y una segunda fase de implementación de algunas de estas propuestas, en el camino de alcanzar los objetivos generales marcados.

El presente documento recoge el trabajo realizado en la primera fase, con los **objetivos específicos** de:

1. Realizar una aproximación demográfica, social y sanitaria sobre la realidad de la juventud inmigrante residente en España, haciendo énfasis en lo relacionado con su capacidad reproductiva.
2. Conocer la incidencia de embarazos no deseados entre la juventud inmigrante y sus posibles determinantes.
3. Reconocer los patrones de comportamiento sexual y de uso de medidas preventivas según sexo, edad y nacionalidad.
4. Identificar los mensajes educativos y preventivos más acordes a sus peculiaridades culturales.
5. Revisar los materiales divulgativos existentes relacionados con la sexualidad y la prevención de riesgos, determinar su pertinencia y, en caso de ser necesario, proponer nuevos materiales.
6. Sensibilizar a la sociedad civil y a las ONG que trabajan con jóvenes para incrementar el interés por las necesidades específicas relacionadas con la sexualidad de la juventud inmigrante.
7. Generar un conjunto de recomendaciones dirigidas a las instituciones públicas y organismos de juventud en la línea de desarrollar estrategias de prevención.
8. Proponer diversas *experiencias piloto* basadas tanto en la información nacional e internacional disponible como en el trabajo desarrollado en esta primera fase.
9. Facilitar el desarrollo de redes sociales, especialmente de jóvenes inmigrantes y sus mediadores, para trabajar específicamente en los objetivos del proyecto.

Limitaciones del estudio

Analizar en profundidad las características de la juventud inmigrante y conocer sus necesidades es, por diversos motivos, muy complejo. Se trata de un proceso relativamente reciente, prácticamente desconocido en España hasta la última década, que hasta el momento ha generado muy escasa bibliografía y base documental. La enorme variabilidad del proceso migratorio dependiendo de la nacionalidad, etnia, edad o sexo/género, impide establecer generalizaciones. Asimismo, no se puede olvidar que constituyen colectivos sociales no siempre accesibles, ya que por su propia posición en la sociedad española son, con frecuencia, objeto de discriminación y exclusión social.

Estas dificultades para abordar tan diferentes peculiaridades aún se hacen más visibles cuando se trata de profundizar en las vivencias de los varones jóvenes, lo que inevitablemente se refleja en los contenidos de este documento, que recoge más información sobre los colectivos femeninos. Al hecho indiscutible de que tradicionalmente las mujeres se han preocupado más de todo lo concerniente a la sexualidad, a la anticoncepción y al embarazo, hay que añadir la mayor resistencia de los varones para hablar de su intimidad y para expresar sentimientos y emociones.

Sobre la edad

Cuando en nuestro país se habla de *juventud* se tiende generalmente a englobar a los sujetos entre 15 y 29 años. Sin embargo, en el presente estudio, en base a las diferencias existentes en los comportamientos y actitudes de la juventud inmigrante respecto a la sexualidad en función de la edad, se ha optado por centrar el análisis y las propuestas, como ya se ha dicho, en los colectivos comprendidos entre 15 y 24 años. No obstante, basándose precisamente en esas características diferenciales, hay que tener en cuenta que no todos los sub-grupos de edad tienen las mismas necesidades, debiendo prestarse especial atención a los menores de 20 años, sin olvidar que los y las menores de 15 años también deben ser objeto de estrategias educativas y preventivas específicas.

Sobre el origen geográfico

Todas las personas, especialmente las más jóvenes, están influenciadas por sus orígenes culturales y sociales, determinados a su vez, entre otras cosas, por el entorno geográfico en el que han nacido. Tratar de abordar las peculiaridades en función de cada país de origen resulta imposible por lo que, partiendo del objetivo general de beneficiar al conjunto de la juventud inmigrante, una gran parte del estudio se centra en los colectivos más numerosos, más accesibles y sobre los que se dispone de mayor información.

Sobre aspectos éticos

La sexualidad forma parte de la intimidad de las personas, estando sometida en muchísimos casos a mitos y tabúes que impiden su abordaje riguroso y abierto. Por ello, a la hora de llevar a cabo contactos, entrevistas, sesiones grupales o cualquier otro acercamiento a la realidad de la juventud inmigrante, se han mantenido todas las normas éticas de confidencialidad, información detallada, consentimiento expreso y respeto a las creencias individuales de los participantes. La información reflejada debe pues interpretarse siempre de una manera colectiva.

Datos relevantes sobre la juventud inmigrante en España

En la presentación de los datos es necesario tener en cuenta el sesgo propio de la categorización de *inmigrante* ya que la mayoría de los datos oficiales que se han manejado en este proyecto son referidos a la población extranjera, en la que en estas edades juveniles habría que delimitar aquellos referidos a los estudiantes extranjeros en España.

Al relacionar el concepto de inmigración a la desfavorable situación económica y social de la población que se ve obligada a salir de sus países de origen, a los efectos del presente informe se omitirán los datos relativos a la juventud procedente de los países de la Unión Europea —excepto en el caso de la juventud inmigrante procedente de Rumanía, Bulgaria y Polonia, con importantes necesidades de atención—, de Estados Unidos, de Canadá y de Oceanía.

También por motivos numéricos, no se tomará en consideración los datos de jóvenes procedentes de una gran parte de países, de todos los continentes, con representación numérica tan pequeña que hace imposible discernir las motivaciones para residir en España, además de carecer de información sobre sus comportamientos y actitudes ante la sexualidad.

1.1. Jóvenes inmigrantes entre 15 y 24 años establecidos en España

La información que se presenta a continuación tiene como fuente el Instituto Nacional de Estadística (INE), en base al Padrón municipal de 2006.

Tabla 1.1. Jóvenes extranjeros por sexo y edad (2006)

	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
15-19 años	110.492	102.409	212.901
20-24 años	203.940	195.756	399.696
Total	314.432	298.165	612.59

Tabla 1.2. Jóvenes extranjeros en el conjunto de la población joven por sexo y edad (2006)

	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Total 15-24	2.709.469	2.572.368	5.281.837
Extranjeros 15-24 años	314.432	298.165	612.597

La juventud extranjera representa, en 2006, el 11,6 por ciento de la juventud total entre 15 y 24 años, 1,1 puntos más que en 2005.

Según sexo, el porcentaje de jóvenes extranjeros en el conjunto de la población joven entre 15 y 24 años está prácticamente igualado, constituyendo un porcentaje de 11,6 por ciento tanto para hombres como para mujeres.

Tabla 1.3. Población extranjera joven (15-24 años) residente en España por zona geográfica de nacimiento, según el Padrón municipal 2006

	15-19	20-24	Total
Países europeos	67.412	128.436	195.848
Países africanos	43.079	85.221	128.300
Países americanos	90.840	164.784	255.624
Países asiáticos	11.500	21.122	32.622
Oceanía	70	133	203
TOTAL	212.901	399.696	612.597

Tabla 1.4. Población extranjera joven (15-24 años) más numerosa por nacionalidad y sexo en España, según el Padrón municipal 2006

	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
PAÍSES EUROPEOS			
1º. Rumanía	42.364	45.588	87.952
2º Bulgaria	8.149	7.947	16.096
PAÍSES AFRICANOS			
1º Marruecos	63.247	37.163	100.410
PAÍSES AMERICANOS			
1º Ecuador	37.421	41.456	78.877
2º Colombia	18.908	20.568	39.476
3º Bolivia	10.898	15.932	26.830
4º Argentina	12.798	11.750	24.548
5º Rep. Dominicana	6.103	7.644	13.747
6º Perú	6.407	7.170	13.577
PAÍSES ASIÁTICOS			
1º China	10.533	8.567	19.100

Tabla 1.5. Población extranjera joven (15-24 años) más numerosa por nacionalidad y grupo de edad en España, según el Padrón municipal 2006

	15-19	20-24	Total 15-24
PAÍSES EUROPEOS			
1º. Rumanía	25.431	62.521	87.952
2º Bulgaria	5.856	10.240	16.096
PAÍSES AFRICANOS			
1º Marruecos	35.298	65.112	100.410
PAÍSES AMERICANOS			
1º Ecuador	28.331	50.546	78.877
2º Colombia	17.285	22.191	39.476
3º Bolivia	6.397	20.433	26.830
4º Argentina	9.383	15.165	24.548
5º Rep Dominicana	6.783	6.964	13.747
6º Perú	4.955	8.622	13.577
PAÍSES ASIÁTICOS			
1º China	7.239	11.861	19.100

Como información complementaria, siempre referido a jóvenes inmigrantes entre 15 y 24 años, se podría añadir:

- La juventud inmigrante cuyo país de origen se incluye entre los 10 señalados en la tabla, constituyen prácticamente el 70 por ciento del total de jóvenes extranjeros, correspondiendo un porcentaje aún mayor si se toma en consideración estrictamente la juventud inmigrante, excluida la residente en España únicamente por motivos de estudios.
- Se observa un ligero predominio de mujeres frente a varones en la juventud procedente de Latinoamérica, excepto en el caso de Argentina, y en la que procede de Rumania. El predominio de varones se da en la juventud procedente de Bulgaria, China y Marruecos, caso éste último dónde existe una mayor desproporción: 63 por ciento de varones, frente al 37 por ciento de mujeres jóvenes.
- En todos los casos, el mayor número corresponde al grupo de 20-24 años frente al de 15-19. Entre la juventud procedente de Bolivia, se observa la mayor diferencia ya que el grupo comprendido entre los 20-24 años constituye el 76 por ciento, con escasa representación, por ahora, de los más jóvenes (adolescentes, menores de 20 años).
- Dentro de Europa, después de Rumanía y Bulgaria, los mayores contingentes de inmigrantes jóvenes corresponden, por orden, a Polonia, Ucrania y Rusia.
- Del continente americano, la mayor aportación corresponde a América del Sur, siendo Ecuador el origen predominante. No obstante, en relación a 2005, llama la atención que el número de jóvenes de origen ecuatoriano ha disminuido aproximadamente en un 15 por ciento (algo más de 14.000), mientras que el de bolivianos ha aumentado un 36 por ciento, lo que supone un incremento en cifras absolutas de aproximadamente 7.000.
- La juventud procedente de Argentina puede ser más difícilmente definible como inmigrante, si la comparamos con la procedente de los otros países de Sudamérica, ya que la motivación para residir en España puede no corresponder, en un gran porcentaje, a razones de supervivencia económica.
- Del continente africano, después de Marruecos, aunque a una gran distancia, el mayor número de juventud inmigrante, entre 15 y 24 años, corresponde a Senegal, seguidos por Nigeria, Argelia y Guinea Ecuatorial. En todos los casos, hay un predominio de juventud entre 20-24 años respecto al grupo de 15-19 años. Respecto al sexo, hay más mujeres que hombres jóvenes entre los procedentes de Nigeria y Guinea Ecuatorial, mientras que en la juventud procedente de Senegal el porcentaje de varones sobre mujeres jóvenes es muy importante (79 % frente al 21 %).
- Del continente asiático, tras la juventud procedente de China que es la más numerosa con gran diferencia, se sitúa la de Pakistán, con un predominio enorme de varones jóvenes (85 % frente a 15 %).

La información sobre las **Comunidades Autónomas** que acogen el mayor número de juventud inmigrante es muy dispersa. Partiendo de datos indirectos se puede considerar, por orden: Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana, Andalucía, Canarias y Murcia, Comunidad ésta última que siendo relativamente pequeña, cuenta con un alto porcentaje de población inmigrante.

1.2. Convivencia, relaciones familiares, de amistad y de pareja

La mayor parte de la información disponible se refiere a jóvenes extranjeros en su conjunto, por lo que es necesario matizar las diferencias entre las vivencias de la juventud extranjera que viene a España para completar su formación y las de los inmigrantes que viven en condiciones bien distintas. Los primeros proceden del entorno generalmente europeo, están en situación económica más favorable, comparten más con la juventud española sus actitudes ante la sexualidad y suelen tener una menor influencia de su entorno familiar.

Convivencia y relaciones familiares

Según informaciones procedentes del INJUVE (*Lorenzo Cachón, Informe Juventud en España 2004*), la juventud extranjera vive sola en una proporción ligeramente superior a la española, probablemente debido al colectivo estudiantil universitario.

Sin embargo, de los que viven acompañados se sabe que conviven con un número medio de personas superior, seguramente a expensas de la juventud inmigrante. Esto se justifica porque el proceso de inmigración conlleva, sobre todo en sus primeras fases, compartir, en gran medida, una misma vivienda. Esta situación debe tenerse en cuenta a la hora de abordar situaciones de su intimidad como son las manifestaciones sexuales, no solo por las influencias de terceras personas, sino también por la no disponibilidad de espacios adecuados y saludables.

Otra característica es que la juventud inmigrante vive con sus padres en un porcentaje inferior al de los españoles, sobre todo en el grupo de edad superior a los 20 años que, con frecuencia, han dejado a sus padres en el país de origen.

Otro dato es la mayor proporción, en comparación con la juventud española, de aquellos que han vivido experiencias de separación o divorcio de sus padres, lo que suele traer como consecuencia la convivencia exclusiva con la madre.

La convivencia con la pareja también es superior, especialmente en los jóvenes de mayor edad, ya que en diversas culturas la convivencia no matrimonial es ampliamente aceptada y la edad media de entrada al matrimonio es inferior a la de los españoles.

Relaciones de amistad

En las relaciones de amistad también se confirman diferencias entre la juventud inmigrante y la española. El círculo de amistades entre la juventud inmigrante es más limitado y se circunscribe, en mayor proporción, a jóvenes que viven circunstancias similares, sobre todo, a aquellos procedentes del mismo país o zona geográfica.

La juventud española parece dar mayor importancia a las relaciones de amistad que la juventud extranjera, posiblemente en relación con una mayor disposición y precocidad a mantener relaciones de pareja, estables o no, de ésta última. Conocer en mayor profundidad las formas de relación con sus iguales y el ámbito geográfico dónde estas se desarrollan es un elemento importante para establecer estrategias de intervención.

Relaciones de pareja

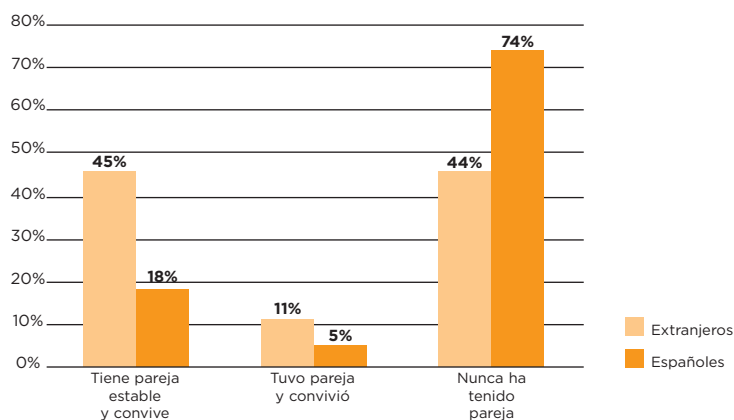
En este punto, quizá más que en los anteriores, es difícil generalizar porque difieren muchos los comportamientos según el país o grupo étnico de procedencia. Existe una gran variación entre las relaciones de pareja, matrimoniales y extra-matrimoniales entre la juventud rumana de etnia gitana, la juventud latinoamericana o la juventud magrebí, por poner algunos ejemplos.

Una vez más los datos se refieren a la comparación entre juventud española e inmigrante, de manera genérica, englobando, para introducir más sesgo, al conjunto de juventud extranjera.

De acuerdo a los datos oficiales de 2005, los matrimonios mixtos entre españoles y extranjeros, concretamente de nacionalidad ecuatoriana y marroquí, independientemente de la edad del matrimonio, corresponden en mayor medida a varones españoles con mujeres ecuatorianas y en menor medida a mujeres españolas con hombres ecuatorianos. Sin embargo, hay indicios de que en relaciones sentimentales no matrimoniales entre jóvenes, predominan las parejas formadas por mujeres jóvenes españolas y varones jóvenes latinoamericanos.

También es bastante más frecuente el matrimonio entre mujeres españolas con varones marroquíes que a la inversa, hombres españoles con mujeres marroquíes, probablemente en relación a la mayor presencia de hombres de esa nacionalidad. Aunque esta información no puede extrapolarse a la juventud, podría marcar una tendencia.

Figura 1: Relaciones de pareja en la juventud inmigrante y española



Fuente: Informe Juventud en España, 2004

1.3. El alumnado inmigrante

Las fuentes de información proceden del Ministerio de Educación y Ciencia (MEC) y abarcan al alumnado extranjero, entendiéndose por éste a aquel que no posee nacionalidad española por lo que, aunque incluye al alumnado inmigrante, resulta muy complicado discriminar las distintas situaciones.

Durante el curso 2005-06, el total de alumnado extranjero no universitario ascendió a 530.954, entre los que se incluía, entre otros, el relativamente elevado número de extranjeros matriculados en enseñanzas de idiomas. Ello supone un incremento de 70.436 estudiantes en relación con el curso 2004-05.

Para tratar de concentrar la información en la etapa adolescente del colectivo de inmigrantes objeto de análisis, se ofrecen datos relativos a las enseñanzas que, dentro del llamado Régimen General, más se relacionan con ellos: Educación Secundaria Obligatoria (ESO), Bachillerato, ciclos formativos de grado medio y ciclos formativos de grado superior englobados en el apartado "Formación profesional" y Programa de Garantía Social, excluyendo a efectos del presente trabajo la información referida a Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Especial, estudios adscritos al Régimen Especial, entre los que se encuentran las enseñanzas de idiomas, y los estudios universitarios.

En el contexto de referencia, en todo el territorio español, estudian 193.300 extranjeros, 29.809 más que en el curso anterior, una gran parte de ellos inmigrantes, correspondiendo el mayor porcentaje a la ESO.

Tabla 1.6. **Alumnado extranjero, según enseñanzas. Curso 2005-06.**

Enseñanzas	Alumnado en números absolutos
ESO	146.966
Bachillerato	21.936
Formación profesional	19.292
Programas de Garantía Social	5.106
Total	193.300

Según últimos datos provisionales, durante el curso 2006-07 ese total ha alcanzado la cifra de 223.570, lo que muestra que en los tres últimos cursos se han incorporado 30.000 nuevos estudiantes extranjeros por año, la mayoría inmigrante.

En todas las categorías de estudios no universitarios, por Comunidades Autónomas y en términos absolutos, Madrid concentra el máximo de este alumnado, seguido de Cataluña, Comunidad Valenciana, Andalucía, Canarias y Murcia.

La información del MEC referida al país de nacionalidad del alumnado, permite tener una buena aproximación sobre el colectivo inmigrante. Para ello, obviamos todo lo relativo a los estudiantes procedentes de países de la Unión Europea, excepto los recién incorporados Rumanía y Bulgaria, de los restantes países europeos desarrollados, de EEUU, de Canadá, de Oceanía y de otros países con poca población emigrada a España, para centrarnos en los países más prioritarios desde el punto de vista del proceso migratorio.

Hay que tener en cuenta, no obstante, que los datos siguientes engloban todas las modalidades de enseñanzas, desviando los resultados que deben ser tomados simplemente como indicadores de tendencias, debido al gran contingente de niños y niñas incluidos en Educación Infantil y Primaria.

Tabla 1.7. **Alumnado extranjero numéricamente más significativo, según países de origen.**
Datos provisionales curso 2005-06

Origen	Alumnado en números absolutos
PAÍSES EUROPEOS	
1º. Rumanía	40.836
2º Bulgaria	12.414
PAÍSES AFRICANOS	
1º Marruecos	83.379
PAÍSES AMERICANOS	
1º Ecuador	92.919
2º Colombia	45.909
3º Argentina	28.364
4º Bolivia	17.131
5º Perú	12.795
6º R. Dominicana	11.118
PAÍSES ASIÁTICOS	
1º China	13.592

Lo primero que se observa es que existe congruencia entre los datos sobre alumnado inmigrante y las cifras de jóvenes inmigrantes asentados en nuestro país, según país de procedencia.

En conjunto, llama la atención que:

- El alumnado ecuatoriano, que sigue manteniéndose como el más numeroso, no está creciendo al ritmo experimentado en los años precedentes.
- Cinco países —Ecuador, Colombia, Argentina, Bolivia y Perú— concentran aproximadamente el 90 por ciento del total del alumnado procedente de esta región.

- De Centro-América, el alumnado de la República Dominicana es el numéricamente más significativo.
- El alumnado marroquí supone aproximadamente el 80 por ciento de todo el alumnado procedente del continente africano.
- De Asia, el alumnado de origen chino supone más del 50 por ciento del total.
- Comparativamente con el curso 2004-05, se comprueba que el incremento más significativo corresponde al alumnado de origen boliviano, que ha crecido aproximadamente un 60 por ciento, seguido del rumano (incremento cercano al 40 %) y del marroquí (20%).

1.4. Embarazos, nacimientos y abortos

Según diferentes estudios, con los ajustes pertinentes en función de los grupos de edad y nacionalidad, se constata que los jóvenes inmigrantes tienen embarazos e hijos/as en mayor proporción que la juventud española y a edades más tempranas.

La información más relevante sobre nacimientos de madres jóvenes inmigrantes procede del ya citado INE, correspondiendo a 2005 la más reciente, que no aporta el dato de país de origen de la madre. Ello conlleva, una vez más, que en el monto total estén incluidos los nacimientos de madres extranjeras, sin discriminar a aquellas que residen en nuestro país por motivos económicos y sociales. No obstante, se debe presuponer que, en estos grupos de edad y por las características de los fenómenos analizados —embarazos, nacimientos y abortos—, casi la totalidad de la información podría hacerse extensible a la juventud inmigrante.

En el año 2005 se registraron 20.057 nacimientos de madres extranjeras por debajo de los 25 años —1.342 más que en 2004— lo que comparado con el número total de nacimientos de madres del mismo grupo de edad en España (57.386), supone que el 35 por ciento corresponde a jóvenes extranjeras, 2,5 puntos más que en el año anterior.

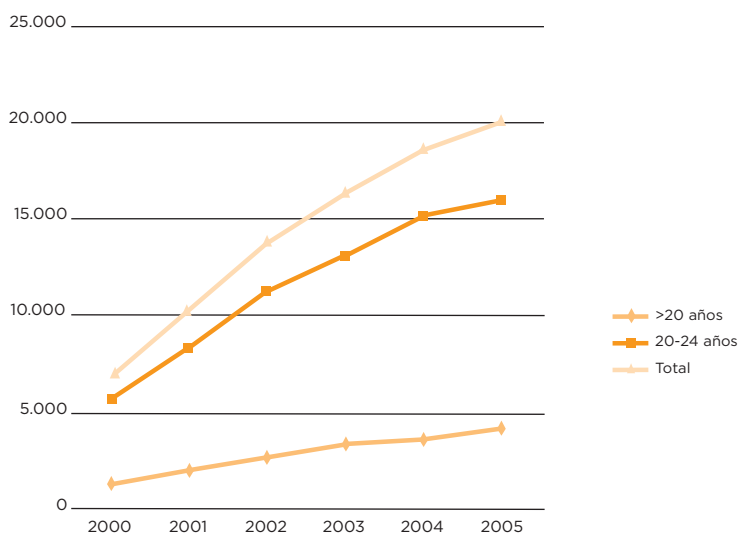
Tabla 1.8. **Nacimientos de madre extranjera menor de 25 años. 2005**

Edad	Nacimientos
Menos de 15 años	63
De 15 a 19	4.026
De 20 a 24	15.968
TOTAL	20.057

Tabla 1.9. **Evolución de los nacimientos de madre extranjera menor de 25 años (2000-2005)**

Año/grupo de edad	< 20 años	20-24 años	Total
2000	1.229	5.649	6.878
2001	1.912	8.339	10.251
2002	2.632	11.289	13.921
2003	3.341	13.087	16.428
2004	3.537	15.178	18.715
2005	4.089	15.968	20.057

Figura 2: Evolución de los nacimientos de jóvenes inmigrantes 2000-2005



En el cálculo de embarazo juvenil habría que tener en cuenta tanto los que terminan en parto como los que terminan en aborto. Sin embargo, con los registros actuales este último dato solo se recoge en un número limitado de Comunidades. Sirva como referencia la información procedente de una de ellas: el 53 por ciento de las IVE registradas en la Comunidad de Madrid en 2005 correspondieron a mujeres inmigrantes, sobre todo procedentes de Sudamérica, siendo el porcentaje de mujeres procedentes del Magreb muy limitado (2 %).

Según los datos oficiales de IVE registradas en la Comunidad de Madrid correspondientes a 2005, 3.120 se dieron en jóvenes extranjeras menores de 25 años, lo que comparado con el total de IVE realizadas en ese grupo de edad (6.268), supone el 50 por ciento. La mayor parte de las IVE se producen en el grupo de 20-24 años.

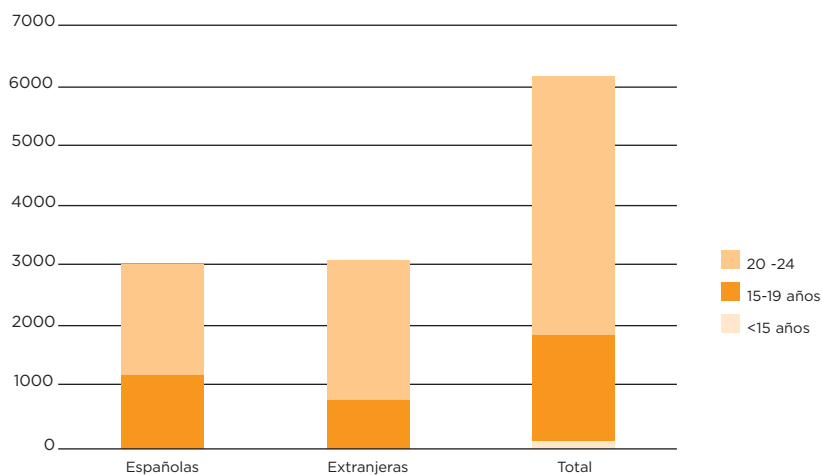
La tabla siguiente muestra las cifras absolutas de IVE realizadas en jóvenes menores de 25 años. La pequeña diferencia entre estos totales y la cifra total referida anteriormente, 6.268, es debida a un número reducido de casos en los que no consta el país de nacionalidad (109).

Tabla 1.10. IVE en jóvenes menores de 25 años en la Comunidad de Madrid. 2005

Edad	IVE jóvenes españolas	IVE jóvenes extranjeras	Total
<15 años	29	25	54
15 a 19 años	1.141	695	1.836
20 a 24 años	1.869	2.400	4.269
Totales	3.039	3.120	6.159

Fuente: Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 2, Vol 12 Feb 2006

Figura 3: IVE en jóvenes menores de 25 años en la Comunidad de Madrid, 2005



Otro dato de interés desde un punto de vista epidemiológico es el momento en que se realiza la IVE en relación al tiempo de gestación. Sanitariamente el aborto producido en épocas precoces conlleva menos riesgos clínicos y psicológicos que el producido cuando la gestación está más avanzada.

Las mismas fuentes relativas a la Comunidad de Madrid muestran que las jóvenes extranjeras, inmigrantes, acceden al aborto en etapas más avanzadas de gestación.

La tabla siguiente muestra el porcentaje que lo realiza precozmente (durante las primeras 8 semanas), entre la semana 8 y la 15 y a partir de las 15 semanas, cuando la intervención es considerada como de alto riesgo.

Tabla 1.11. IVE según semanas de gestación en jóvenes menores de 25 años

Edad	< o igual a 8 Semanas		>8 -15 semanas		> 15 semanas	
	Española	Extranjera	Española	Extranjera	Española	Extranjera
<15	41 %	32 %	41 %	40 %	17 %	28 %
15-19	59 %	47 %	35 %	43 %	6 %	10 %
20-24	66 %	57 %	30 %	36 %	4 %	6,5 %



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

Aportaciones del *grupo de trabajo*

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

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

2.1. Fuentes de información

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Marco legal europeo

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

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

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

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

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

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

IPPF, European Network, 2005

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

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

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

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

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

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

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

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

Lecciones y retos

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

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

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

Estudios y experiencias

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

Estrategias de intervención

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

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

Respecto a los **servicios**

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

Respecto a **ITS/SIDA**

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

Respecto al **aborto**

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

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

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

2.3. Mitos y creencias más comunes sobre la juventud inmigrante

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

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

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

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

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

Sobre su educación sexual y sus comportamientos

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

Sobre las preferencias anticonceptivas

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

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

También es común:

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

2.4. Aportaciones del grupo de trabajo

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

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

Componentes del Grupo de Trabajo

Representantes institucionales:

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

Entidades de Mediación Social:

- SEMSI. Servicio de Mediación Social Intercultural. Madrid

Asociaciones de inmigrantes:

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

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

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

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

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

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

Generalidades

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

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

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

Características comportamentales

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

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

Algunos comentarios expresados en relación a diferentes colectivos:

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

Otras aportaciones acerca de colectivos menos representados

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

Población procedente de África subsahariana

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

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

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

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

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

Población de origen chino

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

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

Algunos comentarios sobre sus actitudes ante la sexualidad y la reproducción

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

Barreras de acceso a los servicios sanitarios

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

Asociacionismo

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

Acercamiento a la juventud china

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

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

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

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

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



Análisis de los *discursos* de la juventud inmigrante ecuatoriana y marroquí mediante metodología cualitativa. Resultados de *grupos de discusión*

Ante la ausencia de estudios rigurosos y específicos en referencia a las actitudes y comportamientos sexuales de la juventud inmigrante, se ha optado por llevar a cabo una investigación social de una parte de la población joven inmigrante, que como tal vive y se desarrolla en un contexto sociocultural ajeno a sus países de origen.

Propósito

Conocer y profundizar sobre conocimientos, *construcciones sociales*, actitudes, comportamientos y necesidades de jóvenes inmigrantes procedentes de Ecuador y de Marruecos, relacionados con la salud reproductiva y sexual en esta etapa de la vida.

Los objetivos más específicos pueden resumirse en:

1. Conocer las principales características de los comportamientos de la juventud inmigrante de origen ecuatoriano y marroquí en lo relativo a:
 - Mitos y tabúes, con especial atención a la virginidad, ritos de iniciación, masturbación, matrimonios forzosos y homosexualidad.
 - Relaciones sexuales y de pareja.
 - Embarazo e Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).
 - Principales determinantes. El papel de la familia, los grupos de *iguales*, el entorno escolar, los medios de comunicación, la religión, etc.
2. Valorar las posibles estrategias de prevención relacionadas con:
 - Educación sexual: ¿Qué tipo? ¿Dónde? ¿Por quién?
 - Métodos anticonceptivos: Preferencias y barreras.
 - Actitudes ante el uso del preservativo.
 - Infecciones de transmisión sexual, con especial atención al VIH-SIDA.
 - Recursos sanitarios: Características y barreras.
3. Identificar herramientas útiles de información impresa o audio-visual acordes a sus características culturales y sociales, con especial atención a:

- Contenidos y formas
- Vías de difusión

De manera complementaria, se indagó sobre los elementos que en cada uno de los tres puntos anteriores ellos mismos consideran “diferenciados” respecto a la juventud española.

3.1. Metodología

La metodología se ha basado en una serie de reuniones grupales, conducidas por profesionales formados en análisis y metodología cualitativa, con el fin de recoger la opinión y valoración de los propios jóvenes.

Este enfoque que viene siendo más comúnmente denominado *cualitativo* pretende adentrarse en la búsqueda de las representaciones sociales expresadas a través de los discursos o el lenguaje de los sujetos, intentando relevar la subjetividad de cada individuo participante en la investigación.

Aunque las necesidades de conocimiento acerca de los comportamientos sexuales abarcan a toda la juventud inmigrante, independientemente de su país de origen, por la complejidad de las investigaciones cualitativas y las limitaciones existentes, este estudio se ha centrado en la juventud inmigrante de origen marroquí y ecuatoriano por conformar la población cuantitativamente más relevante y accesible.

El trabajo ha tratado de incluir no solo a las mujeres jóvenes, sobre las que el embarazo temprano incide de una manera especialmente negativa, sino también a varones jóvenes.

El Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) organizada por Naciones Unidas en 1994 ya ponía de manifiesto que “...*el objetivo es promover la igualdad de los géneros en todas las esferas de la vida, incluyendo la vida familiar y comunitaria, y promover y capacitar a los hombres para que se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y de sus roles sociales y familiares*” (párrafo. 4.25).

La literatura consultada muestra como el comportamiento y las prácticas sexuales de los hombres influyen en la salud de las mujeres de forma genérica, y de manera decisiva en su salud sexual y reproductiva. Por lo cual, se hace recomendable el incorporar a éstos en los estudios e investigaciones que aporten mayor conocimiento sobre sus actitudes, sentimientos, imaginarios, comportamiento, modelos de aprendizaje, corresponsabilidad y emociones que se ponen en juego en sus prácticas sexuales y reproductivas, para beneficio de ellos mismos y de su entorno.

3.2. Técnica

Para el diseño se ha elegido el **grupo de discusión**, el modelo más común y técnica reconocida como la que mejor recoge y capta los *discursos ideológicos* y las representaciones simbólicas que se asocian a cualquier fenómeno social. Se trata de la reunión de un grupo de personas que hablan entre sí acerca del tema señalado, asistidos por una persona que actúa como coordinadora. En este caso el grupo de personas son jóvenes inmigrantes de origen ecuatoriano y marroquí captados y asistidos por profesionales debidamente entrenados.

En los *grupos de discusión* la participación se focaliza en temas seleccionados siguiendo un guión, bajo la asistencia de un coordinador/a que interviene de forma no directiva. En este sentido, cabe destacar que, por la propia naturaleza del grupo —gente joven hablando de un tema considerado tabú en muchas culturas— los coordinadores de los grupos, especialmente en los de varones, han participado en mayor medida de lo deseado para reconducir la discusión a los objetivos predeterminados.

Como en todo análisis cualitativo, tras la definición de los conceptos más importantes sobre los que se pretende investigar, se diseñaron los perfiles de los participantes en los grupos. Se decidió realizar un total de **4 grupos**, de aproximadamente 10 jóvenes cada uno (mínimo 8 y máximo 12), atendiendo a las características de sexo-género y de nacionalidad de origen:

Grupo de mujeres jóvenes ecuatorianas
Grupo de varones jóvenes ecuatorianos
Grupo de mujeres jóvenes marroquíes
Grupo de varones jóvenes marroquíes

Los **perfiles** de todos ellos fueron seleccionados, incorporando las siguientes variables:

- **Edad:** Los límites de edad se establecieron entre 15 y 20 años, ambos inclusive.
- **Tiempo de Residencia en España:** Entre 0 y 5 años. Para el caso de las y los jóvenes inmigrantes de origen marroquí se optó por no considerar esta variable, ya que el peso cultural es muy importante, independientemente del tiempo de residencia en el país de acogida.
- **Status socioeconómico:** En base al tipo de población analizada, los jóvenes pertenecen a clase baja o media-baja.
- **Actividad sexual:** Se permitió la participación de jóvenes independientemente del hecho de haber mantenido, o no, relaciones sexuales previas.
- **Nivel de estudios:** En función de la edad, se contó fundamentalmente con jóvenes escolarizados, aunque también participaron jóvenes situados fuera del sistema educativo.
- **Nuliparidad:** Los jóvenes participantes debían cumplir el requisito de no tener ningún hijo o hija previos y, en el caso de las chicas, de no estar embarazadas en el momento del estudio. El haber tenido una, o más, IVE, no fue considerado criterio de exclusión.
- Otros requisitos:
 - En el caso de jóvenes marroquíes, debían expresarse y entender español de manera fluida
 - En el caso de los/las ecuatorianos/as se trató de que estuvieran representados tanto jóvenes procedentes de zona de costa o del interior del país de origen.

Formación de los grupos

Captación: Con el guión y los temas a tratar previamente establecidos, se procedió a la captación de los y las jóvenes inmigrantes en centros educativos (colegios e institutos), a través de Asociaciones y ONG y a través de jóvenes atendidos/as en consultas y centros socio-sanitarios. Esta captación, que se realizó desde la coordinación general del proyecto, se basó en múltiples contactos con centros educativos, sanitarios, ONG y otras entidades sociales hasta alcanzar el número adecuado de participantes cumpliendo los criterios de inclusión.

Realización: Los grupos se llevaron a cabo entre junio y septiembre de 2006, salvando el periodo vacacional, en el que la captación, especialmente de jóvenes marroquíes resultó especialmente difícil. Su contenido fue íntegramente grabado y posteriormente transcrito para facilitar el análisis de los discursos.

Todas las reuniones se han llevado a cabo en Madrid, en la sede del INJUVE con una duración aproximada de 2,30 horas cada uno.

Coordinadores y observadores: Cada grupo ha contado con un coordinador y un *observador*, manteniendo el criterio de que éstos fueran del mismo sexo que las personas participantes en el grupo. Los dos grupos realizados con varones jóvenes inmigrantes (ecuatorianos y marroquíes) han sido coordinados por el mismo investigador.

El número total de participantes en los cuatro grupos fue de **34 jóvenes inmigrantes**, lo que teniendo en cuenta la forma de constitución de dichos grupos, podrían haber generado 427 *discursos*, de acuerdo a cálculos matemáticos derivados de la multiplicidad de combinaciones interrelacionales tomadas de dos en dos.

La descripción del desarrollo de la actividad y sus resultados se presentan de un modo no homogéneo ya que se ha tratado de respetar el enfoque, apreciación subjetiva y redacción de cada uno de los profesionales coordinadores de cada grupo.

3.3. Grupo de mujeres jóvenes ecuatorianas

3.3.1. Valoración sobre su desarrollo

El grupo estaba formado por mujeres jóvenes de origen ecuatoriano de 15 a 20 años, con residencia en España entre 3 y 5 años, casi todas estudiantes a excepción de las de más edad que trabajan asalariadamente o buscan empleo.

Fecha de realización: 27 de Junio de 2006

Coordinadora: Justa Montero Corominas

Observadora: Lorena San Juan Delgado

Número total de participantes: 11

Tabla 1.1. **Perfiles de las jóvenes participantes**

	EDAD	TIEMPO EN ESPAÑA (en años)	VÍA DE CONTACTO	ACTIVIDAD
1	15	3 y medio	Orientador/a Instituto	Estudiante
2	15	3	Amistad/proximidad	Estudiante
3	15	3	Amistad/proximidad	Estudiante
4	16	3	Orientador/a Instituto	Estudiante
5	16	3	Consulta	Estudiante
6	16	4	Consulta	Estudiante
7	17	3	Amistad/proximidad	Estudiante
8	18	4	ONG	Estudiante
9	19	5	Amistad/proximidad	Trabaja
10	20	5	Consulta	Busca trabajo
11	20	4	Consulta	Trabaja

Se trata de un grupo heterogéneo, marcado especialmente por las edades extremas de las participantes. Las dos personas de mayor edad (20 años) son mujeres independientes, con ideas muy claras en relación a sus deseos, derechos y riesgos respecto a la salud sexual y reproductiva, en contraste con las vivencias de las chicas de menor edad (15 años).

El grupo fue muy activo con una participación de las distintas componentes muy buena, aunque desigual, ya que quienes no han tenido ningún tipo de relación sexual permanecen a la escucha y participan muy puntualmente. En general se crea un clima de confianza que permite hablar abiertamente de todos los temas reflejándose un gran interés por todo lo relativo a la sexualidad y a la anticoncepción.

3.3.2. Principales conclusiones

3.3.2.1. Fuentes de información

¿Dónde y con quién las jóvenes aprenden y conocen sobre los asuntos relacionados con el sexo? ¿Qué tipo de información reciben, como la valoran: buena, mala, suficiente, escasa, útil...? ¿Qué opinión les merecen los diferentes medios materiales escritos o audio-visuales (folletos, revistas, videos, etc.) que les informan sobre sexualidad?

Las fuentes de información sobre sexualidad son muy variadas. Destacan particularmente:

a) **El colegio o instituto** (aunque no emiten ninguna valoración)

b) **La familia**. Hacen una referencia explícita a: hermanos y otros familiares.

- La madre juega un papel importante, siendo para ellas un punto de referencia central en sus vidas, y también en esta materia, tanto en sentido positivo como negativo. Algunas la consideran una buena informante y otras, por el contrario, destacan su papel negativo caracterizándola como *controladora*, lo que explican bien por sus posturas ideológicamente cerradas o por su negativa a aceptar la evidencia de la sexualidad de las jóvenes.

“Ella se hace a la idea de que nosotras no vamos a tener relaciones ni nada”

- La figura del padre, salvo en un caso, está ausente del discurso.

- En general reflejan una importante influencia familiar en materia de sexualidad, haciendo hincapié, de manera bastante unánime, en la necesidad de que los padres y las madres reciban información, lo que les facilitaría el diálogo con ellas. Valoran muy importante el apoyo de los padres en todas estas materias.

c) **Entre iguales**. Dan mucho valor a la información entre amigas como fuente de información empírica.

“Porque te cuentan de una a otra, esto me pasó, y entonces cada uno va recogiendo ideas... también de lo que hablan los chicos sobre las mujeres”

Aclaran que las amigas a las que se refieren son mayoritariamente amigas ecuatorianas (salvo excepciones).

“Que se lleven bien con nosotras como confianza, amigas españolas, no”

En cualquier caso consideran que entre ellas hablan más abiertamente del tema, aunque valoran que las madrileñas de origen son más liberales.

Con los amigos se habla pero no se percibe en el mismo sentido de ayuda o solidaridad como se refieren a las amigas. En general consideran que los varones jóvenes son muy *machistas* en las relaciones.

“Ellos hacen sus cosas y ellos son los héroes”

d) **Medios de comunicación**. La televisión y la radio parecen no jugar un papel relevante, a diferencia de lo que ocurre con las revistas específicas de jóvenes donde encuentran algo de información sobre anticoncepción, aborto, cómo cuidarse, sobre sexualidad, posturas, etc. Sobre éstas hacen una valoración positiva *“porque informan de todo un poco”*. Aunque alguna considera que la información de las revistas es estereotipada.

“Te hablan de la postura de la semana”. “Si lo disfrutas, lo disfrutas tú. No te van a estar explicando cómo vas a disfrutar”

Formulan interés por tener más información sobre los anticonceptivos, especialmente sobre los efectos de la píldora (sobre la que persisten tabúes) y sobre la *píldora del día después* o anticoncepción postcoital (también existe desinformación sobre su uso y efectos).

3.3.2.2. Sexualidad, reproducción e ITS: actitudes y comportamientos

En este bloque se abordan las actitudes, comportamientos, conocimientos y opiniones acerca del inicio de relaciones de pareja, diversas prácticas y orientaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos, embarazo juvenil y su consecuencia de aborto voluntario, e infecciones de transmisión sexual, con especial atención al VIH/SIDA.

a) La masturbación

Identifican situaciones en las que se masturbaban de pequeñas, recordando que les producía “gusto”. También comentan lo que escuchan a amigas que se masturban.

“Ella solita se masturba con la almohada, y le gusta y se divierte con eso. Se queda dormida y después de media hora se levanta como nueva”

Sin embargo, a pesar de respetarlo, ahora manifiestan, de forma generalizada, un sentimiento de vergüenza hacia la masturbación femenina.

“A ver, que tener las hormonas alteradas no quiere decir que tengas que follar con una o con otra persona, yo soy una persona muy estable, pero creo que no depende de la edad, al menos porque a mi me pasó esto. Ahora mismo te puedo decir que no me gusta. Yo no me masturbo, no me gusta”

b) Relaciones heterosexuales

Según su criterio, lo más común es iniciar las relaciones sexuales entre los 13 y 14 años.

Suele ser el chico quien toma la iniciativa y ellas relacionan siempre sexo con amor, dando mucho valor al respeto que ellas, y todas las chicas/mujeres, se merecen.

“He tenido tres novios, lo he hecho con los tres y no por eso siento que he perdido la dignidad, me parece que como mujer la dignidad se lleva en la cabeza y no en el chocho”

Establecen diferencias en función del carácter de la relación: si se trata de una relación de pareja, estable, o no, aunque no queda claro qué entienden por relación de pareja ni dónde sitúan la temporalidad de la estabilidad.

Tienen una visión muy negativa de los chicos, particularmente de los latinos que son con quienes mantienen las relaciones sexuales preferentemente (ecuatorianos, dominicanos, bolivianos...). Algunas de las consideraciones que les merecen son:

- machistas *“siempre dicen que los hombres mandan”*. Sin embargo explicitan un límite y diferencia con la violencia extrema que identifican con algo de la sociedad receptora: *“allí las pegan pero no las matan”*
- infieles, mentirosos *“los latinos saben disimular”*,
- mujeriegos, *“mi primo y mis amigos están con tres mujeres a la vez, y a las tres les dice: no mi vida, tú eres la única.... Todos los chicos dicen el mismo cuento”*
- chantajistas.

c) Relaciones homosexuales

Reflejan tener una visión muy desprejuiciada, aceptando las relaciones lésbicas y homosexuales como algo normal.

“Tienen el mismo derecho a que estén con una persona del mismo sexo que nosotros”
“Yo lo veo normal, si le gustan las mujeres, le gustan las mujeres”

Aunque a la hora de explicarlo persisten los estereotipos.

“Hay gente que se hace por circunstancias, por violaciones, por lo que sea”

Reconocen que han tenido un cambio de actitud hacia las personas homosexuales al residir en España y cobrar visibilidad el lesbianismo, ya que es aquí cuando ellas observan por primera vez manifestaciones sexuales explícitas de *gays* y *lesbianas* en la calle. Son pues muy conscientes del distinto tratamiento que se da a la homosexualidad aquí y en su país de origen.

“En Ecuador nunca vi a una mujer besándose con otra mujer, ni agarrarla”

d) Métodos anticonceptivos

Todas conocen el preservativo y la *píldora* anticonceptiva (que ellas denominan *la pastilla*), muchas los parches, las inyecciones y el anillo. Una de las de más edad refiere llevar puesto un implante anticonceptivo.

Identifican como centro de referencia donde se les facilitan estos métodos el que nombran como *Centro de Salud de jóvenes*, destacando este hecho de forma muy positiva pues *no siempre pueden comprarlos por problemas de dinero*.

Los *Centros de Salud* se convierten, en este grupo, en referentes para conseguir anticonceptivos, aunque parece que, generalmente, no usan éste término como sinónimo de “Centros de Salud de Atención Primaria (red pública universal)” sino a los Centros de Salud de dependencia municipal y, como se ha señalado, particularmente al Centro Madrid Salud Joven.

– Preservativo

Las opiniones sobre la utilización del preservativo son muy variadas. La postura favorable a su uso varía dependiendo de la variable “llevar ya un tiempo saliendo juntos”.

“Cuando estás con una pareja, con tu novio, pues un preservativo como que no”.

Consideran que debe ser una preocupación compartida, pero señalan que la negociación con los chicos para la utilización del preservativo es difícil porque a veces se niegan a utilizarlo. Algunas adoptan una postura muy firme en la negociación:

“Sin él, no tienen la relación sexual”.

“No es porque no le queramos o algo así, pero es porque tú te quieres cuidar y te quieres sentir segura”

Aunque, en general reconocen que ellos suelen llevarlo encima normalmente. La mayoría se responsabilizan de llevar el preservativo en prevención a estos olvidos que los chicos utilizan como excusa para no utilizarlo.

“Los chicos solo se preocupan del condón y a veces se lo pasan el uno al otro”

– Las pastillas

Muestran resistencias a su uso, sobre todo porque se les olvidan, no las toman de manera adecuada, “me cansé de las pastillas”.

Los métodos anticonceptivos los valoran especialmente desde el punto de vista de la prevención del embarazo, aunque alguna refiere sentirse preocupada tanto por el SIDA como por el embarazo, o incluso más.

“El SIDA no tiene solución, y es una muerte lenta”

Consideran que a los chicos también les preocupa las consecuencias de no tomar precauciones aunque los condicionantes de género están muy presentes.

“La que vas a llevar la barrigota eres tú, y el niño. Y la que va a cuidar eres tú”.

e) Embarazos e IVE

Aunque preocupa un posible embarazo no deseado, también se deja ver una diferente cultura de la maternidad que tiene que ver con la experiencia vivida en su país.

“En Ecuador tienes un hijo y te lo cuida todo el mundo”

Preocupa la reacción de la familia, particularmente de la madre que es, por otro lado, en quien piensan como figura central de apoyo para cuidar y criar al hijo o hija, mucho antes que el actual novio, que prácticamente desaparece del discurso

Comentan las consecuencias personales, para la pareja y el bebé de un embarazo no deseado. Explicitan las repercusiones negativas que tendría para ellas tener un hijo o hija: en relación a los estudios, al futuro que pueden ofrecer al bebé y en cómo eso les puede afectar en su relación de pareja y con la familia.

“Prefiero ir al infierno antes que traer un niño al mundo a sufrir”

En cualquier caso todas piensan que, de tenerlo, contarían con la ayuda incondicional de la madre (nuevamente la figura del padre no aparece). Esta seguridad contrasta con la opinión que les merece, mayoritariamente, el escaso compromiso de los hombres.

“A lo mejor están un tiempo contigo y luego te dejan tirada con el bebé, y ellos a vivir su vida”

“A mi no me casan por obligación”

Las opiniones respecto al aborto son dispares, aunque muy mayoritariamente se muestran favorables y tienen una opinión positiva. Una se muestra muy impactada por un video sobre aborto (que le mostraron en su colegio) y por una experiencia negativa en su entorno familiar.

f) Actitudes y nivel de conocimiento sobre ITS y VIH/SIDA

Tienen información distorsionada sobre las vías de transmisión sexual del VIH, incluyen la saliva, junto a “por la sangre y por las relaciones sexuales”.

Manifiestan sentimientos ambivalentes de pena y admiración hacia los afectados de SIDA.

“Si lo ves destruido te da pena, pero si lo ves llevando una vida normal pues lo admiras”

No lo ven como un obstáculo para mantener relaciones sexuales si son ellas las infectadas, en cuyo caso se lo dirían a la pareja; pero la opinión se invierte si es él quien está infectado, manifestando de forma unánime que en ese caso “no mantendrían relaciones sexuales”.

3.3.2.3. Acerca de los recursos preventivo-asistenciales

Conocimiento y utilización de los dispositivos de atención y asesoramiento de salud sexual y reproductiva para jóvenes. Necesidades y deficiencias que presentan estos centros y grado de satisfacción que tienen sobre los servicios que prestan, así como sobre los profesionales que les atienden. Barreras en la accesibilidad: privacidad, saturación, ambiente, horarios, problemas con el idioma, etc.

Muestran una actitud muy positiva hacia los *Centros Jóvenes*, que conocen a través de amigas. Valoran particularmente la confidencialidad y la confianza que les transmiten *“me siento mejor, saben cómo tratarte”*. Rechazan los centros de salud clásicos a la hora de abordar los temas de sexualidad y manifiestan la escasez de recursos capaces de atender sus necesidades.

“Debería de haber más Centros”

Se da la circunstancia de que, dado que el grupo corresponde a jóvenes residentes en Madrid y que algunas de sus integrantes han sido captadas a través del Centro Madrid Salud Joven, dependiente del Ayuntamiento de Madrid, varias de las asistentes conocen y valoran los servicios que en él se prestan en el campo de la sexualidad y de la prescripción de métodos anticonceptivos, lo que no se puede generalizar al conjunto del grupo.

3.3.2.4. Síntesis de propuestas

Se trata de las propuestas, en ocasiones indirectas, que las integrantes plantean de una manera global, independientemente del guión establecido para el desarrollo del grupo, en relación a cualquiera de los puntos discutidos. Solo se destacan las más relevantes para el objetivo del estudio.

- Formación para los padres y madres “*que haya charlas para los padres*”... “*que les expliquen que la sexualidad es algo normal*”. Exculpan su falta de información por tener una formación tradicional, pero consideran que pueden cambiar y ser receptivos. “*Yo creo que tenemos que educar un poquito a los padres*”.
- Reclaman más información sobre la transmisión de ITS, especialmente del SIDA.
- Demandan ser *escuchadas* en estos temas, pues consideran que ni sus familias, ni la sociedad se interesan por lo que *ellas piensan*.
- Proponen un abaratamiento de los distintos métodos anticonceptivos y más centros de planificación familiar o de atención a jóvenes adaptados a sus características y horarios.

Por último, valoran muy positivamente su participación en el grupo, agradecen que se tenga en cuenta su opinión y que se las haya convocado para la realización del grupo.

3.4. Grupo de varones jóvenes ecuatorianos

3.4.1. Valoración sobre su desarrollo

El grupo estaba formado por jóvenes varones de origen ecuatoriano con edades comprendidas entre los 15 y 18 años, con un tiempo de permanencia en España entre los tres y los cinco años, casi todos ellos estudiantes, uno trabajaba y otro se encontraba a la búsqueda de empleo, y que fueron captados para su participación en el estudio por distintas ONG y a través de sus redes sociales y de amistad.

Fecha de realización: 28 de junio de 2006

Coordinador: Antonio Rivero García

Observador: José Salmerón López

Número total de participantes: 9

Tabla 1.2. *Perfiles de las jóvenes participantes*

	EDAD	TIEMPO EN ESPAÑA (en años)	VÍA DE CONTACTO	ACTIVIDAD
1	15	5	Amistad/proximidad	Estudiante
2	15	5	Amistad/proximidad	Estudiante
3	16	4	ONG	Estudiante
4	17	3 y medio	ONG	Estudiante
5	17	5	Amistad/proximidad	Estudiante
6	17	4	Amistad/proximidad	Trabaja
7	17	3	Amistad/proximidad	Estudiante
8	18	3	ONG	Estudiante
9	18	3 y medio	Amistad/proximidad	En busca de empleo

Todos los participantes en el grupo, convivían en un entorno familiar, aparentemente, bien integrados.

Resultó fácil y distendido el abordaje de los asuntos a tratar con el grupo, seguramente como consecuencia de que los jóvenes de esta nacionalidad viven y verbalizan los temas referentes a la sexualidad de una manera “más natural” sin excesivos complejos ni tabúes, habituales en jóvenes de otras nacionalidades.

En el análisis de los discursos, cabe mencionar el nivel de respeto y cierta complicidad existente entre ellos, si bien es cierto, que algunos se conocían previamente.

Quedó bien patente que los referentes dentro de la familia para tratar estos temas son los varones mayores: padres, hermanos y tíos. La madre, aunque con cierta importancia, se la coloca en un segundo nivel a la hora de consultar y los amigos de mayor edad son también considerados modelos a los que se puede, en algunos casos, imitar o pedir consejo.

3.4.2. Principales conclusiones

3.4.2.1. Fuentes de información

¿Dónde y con quién los jóvenes aprenden y conocen sobre los asuntos relacionados con el sexo?

La mayoría de las veces con los amigos en la calle, con la pareja y en el entorno familiar con los varones mayores.

¿Se ofrece en el instituto información sobre sexualidad? Reconocen que en los institutos en los que estudian sí se les ofrece información sobre estos temas, pero consideran que es escasa y no siempre comprensible, no porque les ofrezcan éstos en *clave* española, sino tal vez, por ciertas limitaciones de las personas encargadas de ofrecerla.

“Yo lo entiendo todo bien, pero a veces haces una pregunta específica y la respuesta no la entiende nadie, la chica que nos lo explicó, no nos sabía responder; tendría que ser una persona que supiese de todo y pudiese responder a nuestras preguntas”

3.4.2.2. Sexualidad, reproducción e ITS: actitudes y comportamientos

Sexualidad

El inicio de relaciones sexuales

El inicio de relaciones sexuales, entendidas con penetración, se produce en la mayoría de las ocasiones en el ambiente escolar, cuando hacen pellas¹ y en las fiestas que organizan.

Manifiestan que no se sintieron en ninguno de los casos, condicionados para mantener esta primera relación, no consumieron ningún tipo de droga —como desinhibidor—, aunque en algún caso fueron las chicas las que sí habían tomado alcohol. La *curiosidad* fue la razón que en mayor medida les influyó para mantener esta primera relación.

La mayoría de ellos vinieron a España con mayor o menor experiencia sexual; en su país, lo habitual es que los chavales se inicien con prostitutas, llevados por sus hermanos mayores que quieren y facilitan que el joven pueda iniciarse con una mujer con experiencia.

“Porque aquí también la mayoría de los chicos de nuestro país pierden la virginidad muy pronto, entre los 11 y 12 años. Los españoles la pierden más tarde, aunque aquí hay más libertad, cuando aquí se comenta que se ha tenido la primera experiencia a los 13 años no se lo creen.”

¹ Pellas: faltar a clase

“Cualquiera pierde la virginidad antes, cualquier peladita² ya no es virgen, en mi país la mayoría de la gente con más de 14 años ya tiene hijos porque no se cuida la gente, acá la mayoría se cuidan más”

Con respecto a la preferencia de que en la primera relación la chica fuese virgen, las opiniones fueron contradictorias.

“Si es tu novia, prefieres que sea virgen, que sea solo para mí”

“Cuando es algo pasable,³ yo prefiero que sea virgen”

“A mí por el contrario no me van mucho las chicas vírgenes, me gusta que tengan experiencia”

Mostraron cierta disparidad con respecto a la edad de la compañera con la que compartir la primera relación, aunque la mayoría, manifestaron preferencia porque la chica fuese mayor que ellos y así poder aprender de su experiencia. Todos reconocieron haberse iniciado con chicas 6 – 7 años mayores que ellos.

La primera experiencia sexual para ellos fue importante, les hizo sentirse hombres, ya que lo viven como un rito de iniciación, que les posibilita que en sus entornos familiares y sociales, dejar de ser tratado como crios y pasar a ser considerados como adultos, por lo que hablar de ello cuando se ha producido, se convierte en algo casi obligado de comentar.

“No, pero creo que a todos se les cuenta, a tu hermano, a tu tío, es tu mismo papá el que te lo pregunta”

Masturbación

Todos reconocieron haberse masturbado, sobre todo, cuando eran más pequeños o cuando no tienen posibilidad de poder relacionarse sexualmente con chicas. Con respecto a la masturbación femenina, consideran que ellas la practican con menos frecuencia que los chicos, porque son más “cortaditas⁴” y porque a ellas, les es más fácil poder estar con chicos cuando lo desean.

Homosexualidad

La homosexualidad masculina no es aceptada mayoritariamente por el grupo, tampoco en su país está bien vista, reconociendo que seguramente, les afectaría negativamente, si alguien de su círculo de amistades, fuese homosexual. Asumen ciertos mitos comunes en nuestra sociedad, tales como que no es un vicio, que es una enfermedad, que se puede nacer con ella o por abusos en la infancia... Por el contrario, si una de sus hermanas o una integrante de la pandilla fuese lesbiana, creen que el trato seguramente no se vería afectado, ya que piensan que “no es lo mismo” la homosexualidad de los chicos que la de las chicas.

Violencia

La violencia dentro de la pareja no es aceptada, en ningún caso, no consideran admisible que un chico fuerce a una chica en contra de su voluntad. En su país, según manifiestan, tampoco se acepta este tipo de comportamientos.

Embarazo, IVE y nivel de conocimiento sobre reproducción

Según su opinión, en la sociedad ecuatoriana, el embarazo en adolescentes se da con mayor frecuencia que en España y el número de hijos por mujer es más elevado.

2 Peladita: Chica jovencita

3 Pasable: Relación sin compromiso y de “aquí te pillo aquí te mato”

4 Cortadita: tímida

“Allí las chicas se quedan embarazadas antes y la gran mayoría tienen más hijos que aquí”

De producirse un embarazo no deseado, consideran, en conjunto pero con cierta reserva, que la responsabilidad es de los dos miembros de la pareja, aunque se haya producido en el contexto de una relación no formal

“No es igual, el problema es de los dos, pero también hay que pensar que si ha estado con uno, puede haber estado con otros”

Con respecto a quién le comentarían en primer lugar si la chica con la que han estado se ha quedado embarazada, manifiestan que a los padres, porque en sus familias, se les ha inculcado que hay que afrontar los errores que se cometen.

Con respecto a las IVE se muestran de acuerdo en realizarlas en el caso de embarazos no deseados.

Conocimientos sobre el ciclo hormonal femenino y el embarazo

Sobre este asunto, el desconocimiento es generalizado.

Métodos anticonceptivos

El conocimiento sobre este asunto es más bien limitado, siendo el preservativo el método más conocido y usado; las píldoras y los parches los consideran caros y difíciles de conseguir.

A esto añaden, cuando se trata de menores de edad, las dificultades que existen, para que sean recetados en la red de la sanidad pública si no van acompañados/as de los padres.

Respecto a su uso, en general suelen usar el preservativo como método anticonceptivo, unos lo usan con su pareja estable y otros con las relaciones puntuales para evitar los embarazos y las ITS. Comentan la incomodidad de su uso.

El precio de los preservativos, reconocen que es la mayor dificultad que tienen para usarlos con asiduidad; se los suelen facilitar algún familiar de mayor edad, en algunos casos, el padre. De no existir la traba que apuntan, aseguran que lo utilizarían habitualmente. Si en una relación no disponen de ellos, suelen practicar “la marcha atrás” o *coito interrumpido*.

La razón por la que consideran conveniente su uso es para evitar embarazos y prevenir las ITS; creen que la responsabilidad de usarlos, compete a partes iguales a los dos miembros de la pareja.

Infecciones de Transmisión Sexual, incluido el VIH/SIDA

A nivel teórico, comprenden los peligros y la necesidad de usar sistemas de protección, sobre todo cuando se tienen las relaciones con personas que no conoces. En la práctica, se detectan muchas dificultades e impedimentos para poder utilizar dichas medidas de protección.

Actitudes ante el SIDA

Reconocen que sí habría diferencia en el trato si se enterasen que algún miembro de la pandilla de amigos tuviese SIDA, aunque se muestran dispuestos a ayudar si fuese preciso, pero piensan que nunca tendrían relaciones sexuales con una chica infectada, ni aún con protección.

Recursos para jóvenes

En general, conocen la existencia de los distintos dispositivos que atienden a jóvenes y los han utilizado para distintas necesidades. —haber mantenido relaciones si protección, consultas, etc.,— pero mayormente para conseguir preservativos, aunque se lamentan que para ello, tengan que asistir a reuniones donde les explican cosas que no siempre entienden.

Consideran conveniente asistir a estos centros cuando se tiene pareja estable, para recibir más información sobre los distintos asuntos que les puedan interesar relacionados con la salud sexual. Se lamentan que la información que en algunos casos les han ofrecido, no corresponda con las necesidades que ellos tienen, pero creen que cumplen un buen servicio, por lo que demandan más centros específicos, dándoles más publicidad en prensa y televisión.

“Tenía que haber más centros de esos porque a veces también se necesita y a veces hay que ir a sitios muy lejos”

“Yo creo que más distribución y más publicidad”.

“Tendrían que en la televisión pasar en tal sitio hay centros de esos. Que haya más sitios, hay muy pocos”.

Mostraron una valoración positiva tanto de la atención y el trato recibido en los distintos centros que conocían, como de que en sus visitas se les hubiera invitado a volver en el caso de necesitarlo.

3.5. Grupo de mujeres jóvenes marroquíes

3.5.1. Valoración sobre su desarrollo

La conformación del grupo se enfrentó a diversos problemas relacionados con la dificultad de captación en periodo vacacional en que la mayoría de las posibles integrantes viajan a su país de origen. Como consecuencia de lo anterior, pese a haber mantenido múltiples contactos y haber citado a 11 jóvenes para el grupo, el número de asistentes fue muy inferior. Además, por equivocación, una de las participantes era de origen tunecino. Dadas las limitaciones del grupo, su participación fue aceptada, sobre la base de las posibles coincidencias culturales.

Fecha de realización: 11 de Julio de 2006

Coordinadora: Isabel Serrano Fuster

Observadora: Mercedes Cabía Díez

Número total de participantes: 5

Tabla 1.3. *Perfiles de las jóvenes participantes*

	EDAD	TIEMPO EN ESPAÑA (en años)	VÍA DE CONTACTO	ACTIVIDAD
1	15	8	Mediación Junta Municipal	Estudiante
2	16	9	Centro Menores CM	Estudiante
3	16	9	Centro Menores CM	Estudiante
4	17	15	ONG	Estudiante
5	19	7	ONG	Trabaja

Una vez iniciada la sesión se comprobó una actitud muy participativa, con mensajes bien conformados en dos extremos del discurso: uno más tradicional, asentado en la cultura de origen y otro más moderno y adaptado a la cultura de acogida, especialmente representado por la joven tunecina.

Cabe destacar, el discurso dominante, aunque minoritario, de una joven con largos años de estancia en España, *convertida* al islamismo en el último año, que tardíamente usa velo y que se

ha convertido en una ferviente defensora de esos principios religiosos, arropándolos de mensajes de modernidad y de libertad de elección.

3.5.2. Principales conclusiones

3.5.2.1. Fuentes de información

En lo referente a las fuentes de información, y en su valoración sobre el acceso a recursos sanitarios que se presenta posteriormente, hay que tener en cuenta que la mayoría de las participantes han sido contactadas a través de organizaciones que les han dado charlas en sus institutos y que algunas de ellas habían sido atendidas en los centros municipales. Por ello, el nivel de información puede no corresponder a la media de chicas jóvenes inmigrantes.

Mayoritariamente hablan de la información recibida en el medio escolar, especialmente en el instituto.

“En el colegio, te ríes y te cachondeas, luego en el instituto te lo tomas más en serio”

Otras fuentes son los amigos/as y la televisión.

Sobre la calidad y contenidos de la información recibida, aceptan que lo que te explican coincide con lo que realmente se sabe sobre sexualidad, mostrando una incapacidad para cambiar las cosas o para aceptar varias visiones sobre la sexualidad. Ello puede coincidir con el hecho de que la información recibida se circunscriba a los aspectos biológicos.

“Eso es así desde hace mucho tiempo”

“Vamos a venir nosotros a empezar a cambiar las cosas”

“Aparte, que no es algo que haya que opinar”

Los padres —masculino— difícilmente contribuyen a la educación sexual de sus hijas, sino que por el contrario son un referente autoritario con los que no se puede hablar sobre sexualidad, aceptándose que en todo caso podrían hablar con la madre, o con familia muy cercana.

Consideran que en su país existe menor información, lo que por un lado valoran negativamente, pero por otro, lo relacionan con el concepto positivo de *respeto*.

“Para que van a hablar a una niña de 16 años de lo que es el sexo si ella, hasta cierto momento (casamiento) no...”

“El primer día te casas, llega tu marido y no sabes dónde tienes que poner el pie y dónde la cabeza”

“Lo ven en la tele y para ellos es diferente; en la tele de allí la gente no sale dándose besos de tornillo... Ahí no, la gente mucho respeto, la tele mucho respeto”

Muestran escaso interés por los folletos como fuente de información, aunque creen que merece la pena disponer de folletos traducidos al árabe, —en los dos idiomas— pensando en los jóvenes que tienen dificultades para expresarse, leer y escribir en español.

3.5.2.2. Sexualidad, reproducción e ITS: actitudes y comportamientos

Sexualidad

a. Relaciones de pareja y matrimonio

Existe una aceptación general a que en sus países de origen aún existen matrimonios pactados o forzados, pero que esa tendencia va disminuyendo, incluso dentro de los países del norte de África.

“Eso ya no se lleva porque aparte para firmar los papeles a la primera persona que le preguntan es a la chica”

Ante la posibilidad de matrimonios mixtos, con españoles o chicos de otra nacionalidad, muestran contradicciones entre el peso del enamoramiento y las influencias familiares. Asimismo comentan la necesidad de respetar mutuamente las ideas religiosas de cada miembro de la pareja.

“Yo si me enamoro de un español y me gusta... pero a lo mejor mi padre no quiere que me case con él...”

“Yo no miro de quién me enamoro...”

“Yo lo veo imposible —casarse con un español— Yo si me fijo. Yo no me voy a enamorar del yonki de la esquina...”

b. Inicio de relaciones sexuales y virginidad

Se acepta la virginidad hasta el matrimonio como lo normal, diferenciando cuando se vive allí o en España. También marcan diferencias de valoración con los chicos, ya que la virginidad de los chicos ni se plantea. Las participantes que se han declarado como practicantes de la religión musulmana, defienden la virginidad prematrimonial basándose en el respeto al futuro marido y a las normas. El resto de participantes, dan menos importancia a la virginidad y aceptarían casarse con un chico de origen no árabe.

“A mí lo que me parece es que se tienen que casar por amor, no porque sea virgen o no”

“En general a los chicos no les hace ninguna gracia. Puede ser un buen chaval y que le dé igual, pero...”

“Es que chicos vírgenes, muy pocos” “Es que para ellos es ser maricón, llegar virgen al matrimonio”

“Yo me mantendría (virgen) porque ese respeto... Si tú te quieres casar con un árabe o con un marroquí al principio a lo mejor no le importa pero después, la primera discusión que tiene se lo restringe a la cara...”

Dan a entender que en Marruecos es común pedir certificado de virginidad, al ir a firmar los papeles para el matrimonio, pero que cada vez más esa práctica va suavizándose o desapareciendo.

“Cuando vas a firmar los papeles del matrimonio te piden certificado de virginidad (...) das el dinero que pagas por el certificado, no te miran, te firman, te lo sellan y te lo dan”

Ellas mismas muestran rechazo a este tipo de costumbres.

“Se tiene que casar contigo porque te quiera no porque seas virgen”

Desconocimiento sobre los elementos biológicos en que se sustenta el concepto de virginidad. Escasa información sobre el himen.

“...Y cuando la miró tenía el himen pegado. Es como una tela de telaraña...”

c. Masturbación

Aceptan que los chicos se masturban pero, en general, rechazan la masturbación femenina.

“Qué vergüenza, hace dos segundos que me he hecho unos deditos, qué vergüenza, qué hago yo misma tocándome el cuerpo”

“Eso no, por dios, ¿para qué están los hombres entonces?”

- *“Yo lo respeto. Yo no lo hago pero respeto que la gente lo haga”*

- *“... Mi pareja sí lo hace, pero que se lo haga él”*

- *“Pues vaya pareja que es...”*

- *“Todos los chicos lo hacen”*

d. Homosexualidad

Por su parte parece existir respeto hacia la homosexualidad, pero aseguran que en Marruecos hay un gran rechazo hacia ella. No obstante, vuelve a manifestarse el peso de la religión/tradición, especialmente para el lesbianismo.

“Yo lo respeto pero me parece muy asqueroso porque de toda la vida la mujer hemos estado con un hombre...”

e. La influencia familiar y religiosa

Al referirse a la influencia de la familia en el modo de afrontar la sexualidad, inmediatamente lo relacionan con el peso de la tradición y de la cultura. En cualquier caso, solo reconocen poder hablar de temas de sexualidad con sus madres, nunca con sus padres. Se mezclan conceptos de tradición, cultura y religión.

“Porque si fuese por el peso de la religión, los chicos tampoco se acostarían con chicas, ni te tirarían los tejos, tampoco beberían. Es más tradición que religión”

Hacen referencia a los padres, más que a las madres, como personas *muy religiosas*.

Se muestran ambivalencias respecto a la religión. Por un lado se consideran poco o nada practicantes —excepto la joven practicante que se cubre la cabeza con velo— pero por otro lado están resignadas a mantenerse bajo el peso de la religión musulmana.

“Yo por ejemplo, no la practico. Yo me considero musulmana por mi familia y tal, pero sí que creo y sé que algún día lo querré hacer y lo haré”

“Y yo digo ahora no me pongo pañuelo, a lo mejor cuando cumpla 16 o 17 años me pongo el pañuelo...”

Parece existir una aceptación pragmática de determinadas formas de violencia en el seno de la familia.

“A lo mejor mi padre me pega dos bofetones, pero hay personas que las pegan cada minuto del día... Prefiero tener el mío... Prefiero que me pegue menos a que me pegue tanto. Y te acostumbras”

f. Otros aspectos relacionados con la sexualidad

— Relaciones sexuales durante la menstruación:

Rechazo absoluto y mayoritario a tener relaciones sexuales durante la menstruación, y por ende, en situaciones de sangrado vaginal, considerando que a los chicos les importa menos esta situación.

“Es que es asqueroso, ni me lo imagino”

“Las chicas yo creo que más de los chicos... están calientes y les da igual que estén o no estén”

- Prostitución:

Aunque consideran que en el mundo magrebí está muy mal vista la prostitución, ellas muestran posiciones ambivalentes entre el rechazo y el sentimiento de pena hacia las mujeres que se ven obligadas a prostituirse por necesidad. Justifican las que lo hacen por necesidad económica y rechazan la que lo hacen porque *están viciadas*.

Embarazo y aborto

Se manifiesta una defensa a ultranza de los hijos dentro del matrimonio y a una edad razonable; un gran desconocimiento de los mecanismos del embarazo y el aborto; y un claro rechazo a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), vinculado a sentimientos de culpa y castigo.

“Yo creo que te arruina la vida. Los niños te arruinan a los 16 y el aborto te arruina la vida porque eso es psicológico...es un trauma”

“Me parece una barbaridad. Y del aborto es que estoy en contra del aborto cien por cien”

“Es como el primer día, tu madre no te quiere tener y te mata”

“Yo creo que a las tres semanas o al mes es líquido”

“Asumiría las consecuencias porque eso ha sido culpa mía”

Solo la participante de posiciones más liberales (tunecina) defiende el recurso al aborto en determinadas circunstancias.

“Yo sí que estoy a favor del aborto, depende de casos...”

Métodos anticonceptivos

Hay acuerdo respecto al amplio conocimiento de todos los métodos anticonceptivos, aunque su uso no sea siempre correcto ni adecuado. La mayor parte de sus conocimientos los han adquirido en las charlas que les han dado en el instituto, a través de ciertas Asociaciones. Aceptan con bastante naturalidad el uso de preservativo, sobre todo *“las que se han quedado aquí en España”*. Parece existir una cierta resignación a la decisión del chico.

“Si él quiere se lo pone y si no quiere, no se lo pone; todo depende de él”

Aceptan sin problemas los anticonceptivos hormonales, especialmente la *píldora*. También nombran los *parches*, pero ninguna hace referencia a los anillos vaginales, que probablemente les genera más rechazo.

Reflejan la seguridad -en el sentido de eficacia- y la comodidad como elementos más valorables a la hora de hacer su elección. Aunque una participante hace referencia a la *marcha atrás* —coito interrumpido— la mayoría lo consideran un método muy poco fiable.

“Pero antes de llover siempre chispea, como dicen”

Sobre la anticoncepción de emergencia, desconocimiento de algunas participantes y aceptación de otras.

“Es otra manera de abortar”

“Ahora lo mejor es ponerse preservativos o usar la píldora normalmente, pero como último recurso está bien, te salva”

Se quejan de la carestía de los métodos anticonceptivos.

ITS e infección por VIH/SIDA

Gran desconocimiento sobre todo lo concerniente a las ITS/SIDA.

“¿Los hijos te salen con SIDA?” “Eso se hereda, porque por ejemplo, tú tienes cáncer...”
-contesta otra-

Manifiestan más temor frente al SIDA que frente a la posibilidad de un embarazo.

“Es que el SIDA no me da mucho miedo porque hay pocas posibilidades”

Se constata una importante contradicción al reconocer que los chicos mantienen relaciones sexuales antes del matrimonio con clara *promiscuidad* y la baja estimación del riesgo de ITS/SIDA, sobre todo teniendo en cuenta que en la mayoría de casos reconocen la tendencia a casarse con parejas de similar origen.

Ante las personas infectadas refieren sentimientos de *pena* y *lástima*, *“yo no le rechazaría”*.

Sobre la violencia sexual y de género

Rechazo generalizado a la violencia en la pareja, íntimamente vinculado a las vivencias respecto a la figura paterna a la que otorgan, aún inconscientemente, el derecho al maltrato.

“...Si es tu padre sí, pero si es un chico y viene y es tu novio y te maltrata, eso no lo veo normal”

***“Mi padre a mí me respeta y no me pega, y vas a venir tú, un tío de la calle...
¿Vas a dejar que te pegue?”***

- Mutilación genital femenina:

Rechazo generalizado a estas prácticas ancestrales.

“Hay un país, que yo no sé cuál es, que a las chicas también les quitan una cosita que tenemos abajo”. “El clítoris” -contesta otra-

“Pero es para no sentir placer. Me parece lo más horrendo que le pueden hacer a cualquier mujer”

“Eso supuestamente dicen que es musulmán y eso no es verdad”

3.5.2.3. Acerca de los recursos preventivo-asistenciales

La mayoría conocen de referencia o han acudido a los centros municipales.

***“Yo lo tengo en Tetuán”. “Me habían dicho en Callao”. “Y en Embajadores”.
“Al lado de la Vaguada, y te dan una receta...”***

Buena valoración sobre los servicios municipales, en comparación con los centros de salud o de especialidades.

“...Sí, pero es que hasta que te den cita con el médico...”

3.5.2.4. Otros comentarios no incluidos en los puntos anteriores

- Circuncisión:

Una parte de las participantes no conocían el término, pero otra parte la consideran como una práctica preventiva. Opinan que probablemente se llevan a los niños a Marruecos para ser circuncidados, aunque en ocasiones también se hace en España.

“Se les cae a los chicos ¿no? Eso es como un moquito”

*“Porque eso lo único que hace es coger microbios y coger porquería.
Te lo quitan de pequeño, es mejor. Más higiénico”*

“Se los llevan a Marruecos...” “Pues mi tía lo llevó aquí” -contesta otra-

- Trato discriminatorio:

Una parte se queja de recibir un trato discriminatorio por su origen musulmán/magrebí.

*“Los moros siempre hemos estado discriminados. En Lavapiés hay españoles que roban,
pero siempre van a por el moro”*

Reconocen que, en general, el profesorado les trata igual que a los españoles, con algunas reticencias.

*“Aunque siempre te hacen comentarios un poco ignorantes”. “Si tu rindes y te
portas bien, no tienes problemas”*

Reflejan como una forma de discriminación las dificultades para conseguir la doble nacionalidad, que les exige residir en España por más tiempo que las personas de otras nacionalidades (sin precisar).

- Asociacionismo juvenil:

Desconocen la existencia y funcionamiento de Asociaciones que trabajen con población marroquí.

- Herramientas informáticas:

Reconocen facilidad de uso y disponibilidad de los ordenadores, con manejo habitual de Internet, tanto en casa como en los *ciber*.

“En invierno todo el mundo chateando”

- Gran desconocimiento sanitario:

Sorprende comprobar que chicas que están estudiando tengan tan escasos conocimientos sobre elementos básicos relacionados con la anatomía femenina, con el VIH/SIDA y con el cáncer, por poner algunos ejemplos.

*“El cáncer yo creo que es un bicho que tenemos dentro y por ejemplo,
te doy una patada fortísima y a lo mejor se despierta”. Otra contesta:
“Yo es que de cáncer, no tengo ni idea”*

*“¿No sabes lo que son los hongos? Microbios”; “Es una cosa que se alimenta
de otras materias”; “Los coges sin darte cuenta... Te vas a un bar y de repente te sientas...
y los coges” -contestan otras-*

- Sobre el uso de velo:

Parecen existir posiciones diversas: desde las defensoras de respetar su uso como un elemento ornamental, hasta las que defienden su significado religioso y tradicional. Basándose en el respeto a que cada una haga lo que quiera, parece que mayoritariamente no estarían de acuerdo en que se prohibiera su uso en los colegios y en los institutos, siempre que el uso del velo no se acompañe de otras posiciones extremas.

“...Luego no hace educación física,...no hablan con el profesor si es hombre..., se tapan los oídos si hablan de sexualidad...Si se comportan como el resto de la gente llevando velo, no pasa nada”

3.5.2.5. Síntesis de propuestas

- Incrementar la educación sexual, con especial atención a los elementos que más pesan en la tradición magrebí / musulmana.
- A pesar de reconocer las dificultades para cambiar la mentalidad de los padres, plantean la necesidad de trabajar con ellos en cursillos.
- Que los españoles se interesen más por su cultura y tradiciones, ofreciendo información realista en los institutos acerca de cómo desde otras culturas se afrontan los temas de la sexualidad.
- Plantean la necesidad de que los métodos anticonceptivos y los centros sanitarios para jóvenes sean más accesibles, ya que los centros convencionales no les son útiles para los asuntos relacionados con la sexualidad.

3.6. Grupo de varones jóvenes marroquíes

3.6.1. Valoración sobre el desarrollo del grupo

El grupo estaba formado por jóvenes varones de origen magrebí con edades comprendidas entre los 15 y 19 años, con un tiempo de permanencia en España entre uno y los siete años, todos ellos estudiantes, la inmensa mayoría bajo tutela institucional de diverso grado de la Comunidad de Madrid, que fueron captados para su participación en el estudio por distintas entidades sociales y redes de amistad.

La captación y formación de este grupo estuvo condicionada por diversos factores. A sus características socioculturales propias, se unieron otras relacionadas con la presión social que sufre la comunidad musulmana, no solo en nuestra ciudad sino también en España y en buena parte del mundo, consecuencia entre otros, de los atentados de Madrid y Nueva York. En el proceso de captación se pusieron de manifiesto resistencias a participar en el grupo por los motivos indicados, lo que muestra que al menos una parte de los miembros de esta comunidad, se están viendo obligados a adoptar un proceso de invisibilidad, mostrando ciertos recelos a relacionarse con personas no magrebíes en el medio en el se desenvuelven.

Los factores intrínsecos y personales se marcaron como consecuencia directa de estar prácticamente todos ellos bajo tutela institucional: algunos de ellos fueron acompañados por sus respectivos monitores hasta la misma puerta del lugar donde se celebró la reunión y uno de ellos, requirió autorización expresa de un juez de menores para poder asistir. Todo ello, condicionó de forma decisiva la intención previa de los investigadores de configurar un grupo con características similares a las de cualquier joven migrante en cualquier ciudad española, a pesar de todo, se aceptó realizar este grupo con las limitaciones explicadas, por considerar que la oportunidad de hablar de salud sexual y reproductiva con jóvenes varones de esta comunidad no son numerosas y que las presiones sociales sobre ellos, al menos de momento, no iban a disminuir.

En el análisis de los discursos, cabe mencionar la dificultad a nivel de comprensión por parte del grupo, quedó palpable que no estaban acostumbrados a tratar este asunto en ambientes

distintos a los de los “colegas” y los de la calle, así como el desconocimiento generalizado de ciertas palabras y conceptos comunes en nuestro medio (p.e.: métodos anticonceptivos).

En el desarrollo grupal, se constató ciertas formas de relación entre ellos basadas en la dominación-sumisión, marcadas por un criterio de edad de los más mayores hacia los integrantes más jóvenes, que en ciertos casos y cuestiones, provocaron que los de menor edad, modificasen los comentarios expresados con anterioridad como consecuencia de intervenciones de algunos de los más mayores, a pesar de las peticiones por parte del coordinador de respeto ante cualquier opinión de los participantes.

Otro elemento a destacar es el peso importante de la religión musulmana. Las diversas formas de entender los preceptos de esta religión, marcan y condicionan de manera significativa, las opiniones y las ideas de los integrantes del grupo.

Fecha de realización: 7 de Septiembre de 2006

Coordinador: Antonio Rivero García

Observador: Jorge Díaz Pérez

Número total de participantes: 9

Tabla 1.4. *Perfiles de los jóvenes participantes*

	EDAD	TIEMPO EN ESPAÑA (en años)	VÍA DE CONTACTO	ACTIVIDAD
1	15	1	Centro de Menores	Estudiante
2	15	7	ONG	Estudiante de Garantía Social
3	16	4	ONG	Estudiante de Garantía Social
4	16	3	ONG	Estudiante
5	16	1	Centro de Menores	Estudiante
6	17	2	ONG	Estudiante de Garantía Social
7	17	3	ONG	Estudiante de Garantía Social
8	18	3	Amistad/proximidad	¿?
9	19	5	ONG	¿?

3.6.2. Principales conclusiones

3.6.2.1. Fuentes de información

¿Dónde y con quién aprenden los jóvenes sobre sexualidad?

Hablar de sexualidad en el seno familiar es un tabú en la sociedad marroquí, los asuntos relacionados con el sexo los aprenden los jóvenes marroquíes en la calle, con los amigos.

En ocasiones, con los varones del entorno familiar como los tíos y los primos mayores, pueden hablar de temas relacionados con la sexualidad de forma superficial.

“Yo tengo primos... no pasa nada por hablar de eso (sexo); él es hombre y yo soy hombre. Empezamos a hablar qué has hecho tú, con quién te has acostado...”

En España, reciben información en los centros educativos, algo muy diferente a lo que sucede en Marruecos donde esa información es inexistente.

“Aquí vas a los colegios y algún día a la semana te toca aprender de sexo. En Marruecos no vale, no te enseñan porque eso no es respeto”

Según manifiestan, en su religión los asuntos relacionados con el sexo son considerados tabú y no se habla sobre ellos.

3.6.2.2. Sexualidad, reproducción e ITS: actitudes y comportamientos

Sexualidad

Sobre la edad de inicio y la virginidad

La edad de inicio en las relaciones sexuales en este grupo, se sitúa entre los once y los dieciséis años, algunos se iniciaron en el colegio, en fiestas, uno en la playa y otro en la calle, mayoritariamente con chicas españolas, alguna marroquí y una ecuatoriana. Aunque en algún caso esos contactos iniciales se produjeron en Marruecos, la mayoría fue en España; sin preparación previa y sin utilizar ningún tipo de drogas, en un caso, una de las chicas había consumido alcohol.

Manifiestan que es más fácil mantener relaciones sexuales en España que en su país, porque aquí la edad de iniciarse (a los 15 años según comentan algunos) es más temprana que en Marruecos. Esta valoración se contradice con su propia experiencia ya que la mitad de ellos había mantenido sus primeros contactos sexuales antes de los 14 años. Opinan que las cosas están cambiando mucho a consecuencia de los contactos culturales con otros países.

“Las chicas bajan de Europa, se mezclan y ya no se respeta las normas, van como quieren, con minifalda, sin pañuelos y ya no sabes quien son unos y otros”

La edad de la chica en la primera relación no parece tener importancia para ellos, pero en algún caso, hubiesen preferido que fuera mayor que ellos.

La sensación experimentada en esa primera vez fue de tranquilidad y placer, ninguno sintió malestar ni desazón.

En general, prefieren que la chica sea virgen en la primera relación sexual. Si la relación la plantean como más seria (novia o esposa), se decantan por la virginidad sin lugar a dudas.

“Sí, pero cuando están en la discoteca, por ejemplo, a mi no me importa que no sea virgen porque te lo vas a hacer con ella luego por ahí”

Masturbación

La masturbación es considerada como práctica normal y habitual entre ellos. Cuando disponen de la posibilidad de tener relaciones con chicas, deja de ser práctica habitual.

Actitudes frente a la homosexualidad

La opinión mayoritaria con respecto a la homosexualidad masculina es de rechazo. Se sienten “raros” frente a los homosexuales y no aciertan a comprender el porque son así.

“Ser maricón es malo”

Una minoría considera que alteraría su forma de relacionarse con una persona si saben que es homosexual.

Con respecto al lesbianismo, la opinión va desde mala a muy mala, pero aun así, consideran que tanto ellos como ellas se merecen el mismo respeto que cualquier otra persona.

La sexualidad en el seno de las familias marroquíes

La sexualidad es un tema tabú, no abordado ni abordable dentro de las familias de los chicos marroquíes, al menos en su círculo más próximo de padres y hermanos. En un nivel más amplio se pueden abordar ciertos asuntos con los tíos y primos de las llamadas “cosas de hombres”.

De manera reiterada y mayoritaria, independientemente de sus comportamientos personales, hay una sobre valoración de lo que ellos denominan respeto, entendido como el mantenimiento de las creencias tradicionales y la fidelidad dentro del matrimonio. Parecen relacionar mayor libertad y educación sexual con menor respeto.

“Era en tiempos de los abuelos que respetaban. Ahora nadie respeta”

“El truco es hacerlo con tu mujer, pero no coges y vas con otra, y mañana con otra... ¿sabes lo que te digo? Eso no se hace”

La influencia de las creencias religiosas

En reiteradas ocasiones se pone de manifiesto la gran influencia de la religión musulmana en sus actitudes y comportamientos sexuales. Sus preceptos y normas parecen ser inviolables, aunque se vislumbran diversas interpretaciones y contradicciones entre la teoría y la práctica.

“En nuestra religión, se hace pero no se dice”

Embarazo, IVE y conocimientos sobre reproducción

En conjunto, los embarazos no deseados son achacados a la mala suerte, pero no les preocupa en exceso cuando se ha producido en una relación puntual *“con una guarra”*⁵.

Usan el vocablo *guarra* en varias ocasiones, en contraposición con *novia* o *mujer*, al que dan un sentido de formalidad. Pese a todo, muestran cierta preocupación ante la posibilidad de ser padres sin desearlo.

“Estás en la discoteca y conoces a una piba, no la conoces de nada y duermes con ella (...) y está embarazada. Claro que te preocupas, es mi hijo y tal, me lo he hecho con una guarra de la calle. Hay algo que te pica dentro”

La responsabilidad de evitar un embarazo no deseado lo consideran responsabilidad de la pareja si la relación es formal, con la novia; si la relación es puntual, consideran en general que es de la chica la que debe poner los medios para evitarlo, por lo que en caso de producirse, no se sienten obligados con ello.

El desconocimiento con respecto al ciclo hormonal femenino y al proceso de embarazo es absoluto, alguno de ellos dice que “le suena”, pero son incapaces de explicar en que consisten.

Métodos anticonceptivos

En este apartado se tuvo que explicar en qué consistían, ya que desconocían la palabra y su significado. De los diferentes métodos, conocen casi en exclusiva los preservativos y en algún caso, el *coitus interruptus* y las píldoras anticonceptivas, que confunden con la *píldora del día siguiente*.

Uso de preservativo

El uso del preservativo se puede decir que está condicionado por la disponibilidad que se pueda plantear en cada momento, no parece ser que su uso habitual sea una limitación para la práctica sexual, si se dispone de él y la chica fuerza su uso, es posible que se utilice, más por el miedo del chico a que ella se niegue a consumir la relación, cosa no frecuente, a las posibles consecuencias que les pueda acarrear posteriormente.

En general, creen conveniente el uso del preservativo en las relaciones puntuales e informales; con la persona que conocen y se relacionan habitualmente, se relaja su uso.

⁵ Referido a la chica que está un día con uno y otro día con otro

“Si es mi pareja pues no (uso de preservativo). Si es una chica que conozco de un día, pues sí”

Muestran cierto rechazo para utilizarlos porque les es incómodo y disminuye la sensibilidad, pero reconocen que si realmente los quieren conseguir, es fácil disponer de ellos a través de sus educadores o en sus centros de acogida, aunque tienen la percepción que los preservativos que les facilitan son de peor calidad que los que se compran en las farmacias.

Que las chicas lleven preservativos, no está bien visto por unos, frente a otros que lo consideran correcto. En su país es mucho más difícil conseguir preservativos, aunque se venden en las farmacias.

Infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA

Saben que la infección por VIH puede ser evitada con el uso del preservativo. Uno de ellos considera que no alteraría su manera de relacionarse por que una persona tenga SIDA, la mayoría reconoce que seguramente cambiaría su trato y se sentirían incómodas si tuviesen que relacionarse con personas portadoras del VIH.

3.6.2.3. Acerca de los servicios preventivo-asistenciales

Tienen conocimientos generales sobre la existencia de “centros”, nombrando *uno en Callao*, otro en *Tetuán*, a los que reconocen que han ido amigas pero ellos no. Los relacionan con que *regalan preservativos* y prescriben la *píldora del día después* a la que ello denomina como la píldora, con un alto grado de confusión. El papel de sus educadores, ya que en su mayoría disponen de apoyo o seguimiento social, parece fundamental como fuente para conocer los métodos anticonceptivos y los centros sanitarios para jóvenes.

3.6.2.4. Otros comentarios no incluidos en los puntos anteriores

- Opinión sobre los matrimonios forzados

En el asunto de los matrimonios de hombres mayores con chicas menores no existe unanimidad, pero consideran que no hay razón para que no se celebren si los contrayentes lo desean, No creen que sea cierto que las chicas menores sean obligadas por las familias a contraer matrimonio, aunque hay ciertas contradicciones en sus planteamientos.

Ante un comentario efectuado por uno de ellos, sobre la opinión que les merece que un hombre con 60 años, viudo, contraiga matrimonio con una joven de 14 años (*matrimonios forzados*), uno de ellos responde:

“Si un hombre de 60 años que se le ha muerto la mujer se puede casar, lo pone en el Corán”
“¿Pero con una chica de 14 años?”
“Se casa con quien quiere él”

“Cuando se ha muerto Mohamed (padre del actual monarca), se pone hasta los 18”

De todas formas, no se pudo profundizar con suficiente tranquilidad este asunto por el embrollo que suscitó en el grupo, en el las opiniones de los más mayores, se impusieron de manera tajante frente a los miembros de menor edad, con argumentos del siguiente tipo:

***“Lo pone en el Corán. Si cree en Dios no van a mentir lo que hay en el Corán.
Eso es lo que hay”***

IV

Conclusiones generales

No resulta fácil extraer conclusiones respecto a las claves de los comportamientos, actitudes y necesidades de la juventud inmigrante, un fenómeno tan complejo y diverso que requeriría una mayor extensión y profundización. No obstante, en este capítulo se pretende presentar una panorámica general de la situación que nos permita marcar las estrategias más eficaces para avanzar en el camino de promoción de salud sexual y de prevención de riesgos que se pretende. Conscientes de las importantes lagunas informativas aún existentes, especialmente sobre determinados colectivos y áreas de interés, otra conclusión a tener en cuenta es la necesidad de identificar los aspectos más desconocidos que requieren mayor análisis en el futuro.

4.1. Puntos comunes

Principales características comunes entre la juventud inmigrante:

- El hecho mismo de ser inmigrantes, inducidos, en la mayoría de los casos y sobre todo en los grupos de menor edad, por la familia.
- Estar en el proceso de crecimiento y desarrollo propio de todo adolescente, lo que les hace compartir las incertidumbres y riesgos característicos de esta etapa de la vida.
- Vivir entre dos culturas bien diferentes, lo que añade confusión al proceso de maduración ya de por sí problemático.
- Tener disponibilidad para incorporarse al proceso educativo y al sistema sanitario del país de acogida.
- Ser influenciados por una serie de factores propios a su condición.

Factores que influyen en la forma de vida, en el proceso educativo y en la capacidad para integrarse en la sociedad de acogida de la juventud inmigrante



De estos factores, el grupo étnico o la raza no parecen ser, por el momento, muy relevantes ya que, a diferencia de lo que ocurre en otros países de nuestro entorno europeo, la población que emigra a España es fundamentalmente de raza caucásica. La presencia de un mayor contingente de inmigrantes pertenecientes a grupos étnicos minoritarios, sobre todo de países al sur del Sahara, puede generar situaciones sociales no totalmente evaluables. Las dificultades de integración de la población de etnia gitana procedente de países como Rumanía, la más numerosa, presagia posibles dificultades añadidas debidas al componente étnico de nuevos colectivos de inmigrantes.

En términos generales:

- Enorme diversidad cultural, étnica y religiosa de la juventud inmigrante, por lo que no se la debe considerar como un colectivo uniforme.
- Tienen pocos conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción ya que proceden de un entorno familiar y social con escasas oportunidades de desarrollo.
- La educación que reciben procede del entorno escolar, del círculo de amistad y de sus madres, y solo excepcionalmente de otras fuentes familiares o sociales.
- Infravaloran los riesgos de ITS/SIDA debido a la baja prevalencia en sus países de origen y a que dichos riesgos han sido tradicionalmente ocultados y anatemizados.
- Aceptan *teóricamente* el preservativo pero lo usan de manera inconsistente, cuando no es directamente rechazado, por su asociación a tópicos culturales y sociales negativos.

- El medio y la forma en que viven, coincidiendo en un mismo hogar un gran número de personas, hecho frecuente entre las comunidades inmigrantes, dificulta la privacidad y repercute en las actitudes y comportamientos sexuales.
- La violencia de género ejercida en el seno familiar, hermanos y padres fundamentalmente, y en las relaciones de pareja, es frecuentemente aceptada como inevitable.
- Se enfrenta a serias dificultades para acercarse a los servicios sanitarios en general y a los relacionados con la sexualidad juvenil, en particular.

4.2. Elementos distintivos en razón del sexo/género y de la nacionalidad

Sexo/género

El papel de subordinación de las mujeres, y por ende de las jóvenes frente a los varones es una constante en todas las culturas y especialmente en el contexto de los países en vías de desarrollo, lugar de procedencia de la gran mayoría de inmigrantes. En estas condiciones, la principal conclusión es que las jóvenes se enfrentan a enormes obstáculos para la negociación del sexo seguro.

Este hecho adquiere unas características especiales entre los y las inmigrantes procedentes de áreas con fuerte influencia religiosa, como es el caso de los países de predominio musulmán. Parece confirmarse una importante diferencia entre los comportamientos sexuales de los varones y de las mujeres jóvenes que profesan esta religión. Mientras los primeros suelen ser muy activos sexualmente, las jóvenes reservan el inicio de su actividad sexual a después del matrimonio. Esto conlleva una cierta contradicción: ¿cómo explicar la frecuente actividad prematrimonial de los varones con mujeres jóvenes del mismo origen si teóricamente éstas no aceptan las relaciones sexuales prematrimoniales?

Entre la juventud de origen latino —Centro y Sudamérica— se confirma unas relaciones muy desiguales, en las que los varones jóvenes suelen llevar la iniciativa, manteniendo los estereotipos de promiscuidad, rechazo al preservativo y cambio y simultaneidad de parejas. Las jóvenes, en cambio, cuando se sienten atraídas sentimentalmente, aceptan las normas impuestas por los varones, exponiéndose en gran medida a las prácticas de riesgo, que no están en su mano prevenir.

Los comportamientos de la juventud procedente de países de tradición laica, o con escasa influencia religiosa, como la gran mayoría de los países del este europeo, son diferentes: conocen más los métodos anticonceptivos y las jóvenes adoptan un papel más activo y responsable en las relaciones sexuales. Esta situación es muy diferente en caso de las comunidades pertenecientes a la etnia gitana de algunos de estos países, como por ejemplo Rumanía, con una importante presencia en algunas regiones españolas. Las dificultades idiomáticas, especialmente relevantes en la juventud eslava, contribuyen a una menor socialización, tanto de los chicos como de las chicas, favoreciendo su aislamiento y, en consecuencia delimitando las posibilidades relacionales con jóvenes españoles o de otras nacionalidades.

El papel socialmente asignado a las mujeres procedentes de países subsaharianos es, además de menos conocido, más variable, ya que su adscripción a determinados grupos étnicos ejerce gran influencia en sus tradiciones y prácticas sexuales. En los reducidos grupos de poblaciones donde culturalmente se otorga un mayor poder decisorio a las mujeres en temas relacionados con la familia, éste poder —limitado— no alcanza a los grupos jóvenes.

Las mujeres de origen chino sufren una arraigada dependencia y subordinación respecto a los varones —padres, esposos, hermanos...— lo que les dificulta para tomar decisiones respecto a la vida social en general y a la vida sexual, anticonceptiva y reproductiva, en particular. No obstante, también por tradición, parece existir una mayor aceptación de métodos anticonceptivos modernos y seguros, que posiblemente no son accesibles para la juventud, antes de contraer matrimonio.

Nacionalidad

Respecto a la nacionalidad, del conjunto de fuentes informativas referidas a los colectivos sociales más representados, se puede resumir:

Juventud latinoamericana

- Inicio *precoz* de relaciones sexuales coitales
- Maternidad temprana
- Cambio frecuente de pareja
- *Sexualidad activa* como valor masculino
- *Maternidad* como valor femenino
- Influencia del núcleo familiar más próximo, especialmente de las madres
- *Rol de género* desfavorable para las mujeres en general y las jóvenes en particular
- Conocimiento de los métodos anticonceptivos de uso femenino
- Limitada aceptación del preservativo, en base al *rol masculino* ampliamente asumido
- Aceptación pragmática de las interrupciones voluntarias del embarazo
- Las segundas generaciones de inmigrantes, acogidas tras reagrupamiento familiar, se enfrentan a más resistencias familiares para llevar a cabo una IVE en comparación con las mujeres pertenecientes a la primera generación de inmigrantes
- Infravaloración muy relevante del riesgo de ITS/SIDA
- En gran medida, los varones jóvenes no sienten responsabilidad ante el embarazo inesperado de su pareja ocasional o estable
- Las jóvenes aceptan y consienten, consciente o inconscientemente, diversas formas de maltrato, e incluso agresiones sexuales, cuando son calificadas por ellas mismas como *pequeñas o leves*
- Acceden con facilidad a los servicios sanitarios que prestan atención anticonceptiva, siempre que estén cercanos y no interfieran con sus compromisos estudiantiles o laborales
- Usan de manera incontrolada el medicamento *Cytotec* con efectos abortivos, lo que debe tomarse en consideración por los graves riesgos sanitarios que pudiera conllevar

Juventud de origen magrebí

- Gran peso de los *roles* asignados en función del sexo
- Se acepta generalmente que la juventud procedente de Túnez o Argelia muestra actitudes más tolerantes ante la sexualidad masculina y femenina que la procedente de Marruecos
- Enorme influencia de la religión musulmana en las actitudes y comportamientos sexuales
- Los *roles* y las normas marcadas por la religión son transmitidos especialmente por la familia, en su sentido amplio (no solo padres, sino también abuelos, tíos, hermanos, etc.)
- Estas influencias se suavizan cuando la convivencia, en el país de acogida, se reduce al núcleo familiar limitado a padre, madre y hermanos/as.
- La elección de método anticonceptivo varía en función del vínculo sentimental y del método: en una relación estable y/o matrimonial la decisión queda fundamentalmente en manos de las jóvenes, exceptuando los casos en que se elige usar preservativos.
- Alta exposición a riesgo de ITS/SIDA tanto por los varones, a través de sus prácticas sexuales *promiscuas* y no protegidas, como a las mujeres a través del riesgo transmitido por sus parejas previamente expuestas
- Alta incidencia de maltrato psicológico, sexual y social *consentido* por las mujeres
- La edad del primer embarazo no suele ser temprana ya que se supedita al vínculo matrimonial
- Los comportamientos sexuales, preventivos y reproductivos están fuertemente mediatizados por la expectativa, o no, de regresar de nuevo al país de origen
- Una parte de la juventud masculina de origen magrebí puede acercarse, consciente o inconscientemente, a los circuitos de prostitución masculina por motivos fundamentalmente económicos

Juventud procedente de los países del este europeo

- Posiciones *liberales* respecto a la sexualidad, la anticoncepción y el aborto
- La juventud perteneciente a la etnia gitana requiere una atención específica en base a sus especiales peculiaridades
- Enormes dificultades relacionadas con el idioma
- Escaso acceso a los servicios sanitarios
- Buena aceptación del sistema educativo, con buen rendimiento e integración, lo que brinda la oportunidad de abordar su educación sexual en este contexto

Juventud de origen chino

- Es probable que la juventud, especialmente la femenina, mantenga posiciones de sumisión, con escasa capacidad en la toma de decisiones
- Escasa vida social fuera de sus circuitos propios y cerrados
- Conocimiento de los métodos anticonceptivos modernos y aceptación de su uso después del matrimonio
- Escasísima accesibilidad a los servicios sanitarios españoles, excepto en situaciones de parto o urgencias ginecológicas
- Escasa permeabilidad a los contenidos educativos sobre afectividad y sexualidad ofrecidos en los centros escolares

4.3. En comparación con la juventud española

No se conoce ningún estudio comparativo que relacione los comportamientos y las actitudes sexuales de la juventud inmigrante y la española.

A partir de 1990 nuestro país ha experimentado un notable interés sobre la sexualidad juvenil, especialmente en todo lo relacionados con sus peligros: embarazos no deseados, abortos, ITS/SIDA, etc.

Como consecuencia de este esfuerzo, en los últimos años se han publicado diversos estudios (Ver *Bibliografía*) concernientes a la sexualidad juvenil. Estos estudios permitirán en un futuro desarrollar otros de tipo comparativo y complementario acerca de las vivencias y particularidades de la juventud inmigrante en torno a las mismas áreas de análisis.

Partiendo de la base de que el *ser* adolescente y joven determina elementos comunes con independencia de otros factores distintivos según diversas variables, se podrían destacar las siguientes afinidades:

- Sexualidad recreativa/lúdica, especialmente en las sociedades con menor influencia religiosa
- Prácticas sexuales inicialmente auto-satisfactorias
- Aproximación a la sexualidad compartida como *escuela de vida*
- La sexualidad es un tema tabú en el entorno familiar más próximo
- El medio escolar ejerce una enorme influencia en su educación sexual
- Mayor influencia del grupo de iguales
- Aceptación pragmática de la IVE y de los anticonceptivos, con escasa influencia de las ideas religiosas
- Actitudes *reivindicativas*
- Rechazo del sistema sanitario *convencional*

Al introducir la variable *ser inmigrante*, podrían incorporarse algunos elementos probablemente diferenciales como son:

- Peso de las ideas religiosas (especialmente en musulmanes)
- Ritos de iniciación sexual (peso limitado)
- Embarazo como función de dominación (más en las mujeres)
- Sexualidad como función de dominación (más en los varones)

- Menor capacidad para negociar sexo seguro
- Menor valoración ITS/SIDA versus mayor exposición
- Embarazo más precoz, con diferentes implicaciones
- Mayores desigualdades basada en el género
- Menor aceptación de la homosexualidad
- Infravaloración de la violencia sexual
- Más dificultad para acceder a servicios sanitarios

4.4. Aspectos más desconocidos

Respecto a colectivos

Sería pretencioso creer que disponemos de conocimientos suficientes sobre las formas de vida, claves relacionales y comportamientos sexuales de la juventud inmigrante, ni siquiera de la parte más analizada en el presente proyecto. Pese a ello, algunos colectivos aún son menos conocidos, bien por dificultades de acceso a ellos o por otros motivos. Se resumen a continuación algunos de los colectivos de los que se tiene menor información.

- La juventud de origen rumano está creciendo de manera muy relevante en los últimos años, sin que sus actitudes y comportamientos sexuales hayan podido analizarse en profundidad por el momento.
- Merece un especial análisis la situación de la juventud perteneciente a la etnia gitana, frecuente dentro del colectivo anteriormente citado pero también relevante entre jóvenes procedentes de otros países del este europeo como Bulgaria.
- Otras poblaciones juveniles de origen inmigrante como las procedentes de países subsaharianos o asiáticos, deben ser objeto de estudio para determinar las vías para responder a sus necesidades especiales.
- Entre colectivos con un predominio desproporcionado entre mujeres y varones jóvenes, sería interesante conocer su ámbito relacional, especialmente a la hora de conformar pareja. Por ejemplo, cabría preguntarse cómo y con quién se relacionan los varones jóvenes de origen sub-sahariano, ante la escasa presencia de sus iguales femeninas.

Respecto a áreas de investigación

Los temas sobre los que habría que investigar son enormes ya que la sexualidad y la reproducción abarcan multitud de aspectos psicológicos, biológicos y sociales. Cabe, no obstante presentar una breve reflexión sobre algunas áreas con especiales lagunas informativas.

- Al igual que sucede en otros contextos, la juventud que se vincula a organizaciones sociales, ONG o Asociaciones o la que acude a los centros sociales y sanitarios, sobre la que se dispone de más información, supone una minoría sobre el total de población joven inmigrante. Un elemento fundamental a la hora de aproximarse a las diferentes realidades, sobre todo de los colectivos menos conocidos, es desarrollar estrategias, precisamente para acercarnos a ellos. La tendencia a relacionarse entre ellos mismos, con escasa permeabilidad hacia los demás, es un obstáculo que requiere investigar formas y actividades concretas de aproximación.
- Actividad sexual de las mujeres y los varones jóvenes de origen marroquí. ¿Mantienen una vez fuera de su país de origen la tendencia a mantener relaciones sexuales solo dentro del matrimonio? Si estos jóvenes son bastante activos sexualmente y la virginidad prematrimonial es muy valorada ¿con quién se relacionan sexualmente?
- Pese a confirmarse un alto uso y aceptación del medicamento *Cytotec* con fines abortivos entre la juventud femenina procedente de países latinoamericanos, falta profundizar en las motivaciones, determinantes, manejo práctico y consecuencias del uso no controlado de este producto.

- Los embarazos tempranos en la juventud, especialmente latinoamericana, requiere un mayor análisis ya que en bastantes situaciones, ellas mismas, aún siendo adolescentes, los consideran deseados. Desde esta óptica, las estrategias de prevención del embarazo adolescente tradicionalmente esgrimidas en el contexto de los países europeos industrializados, podrían no ser útiles para enfrentarse a esta nueva realidad: embarazos adolescentes *deseados*.
- Por último, parece comprobarse que cada vez se establecen más vínculos sentimentales entre juventud inmigrante y autóctona. Este proceso, lógico y desigual, puede entrañar nuevas situaciones de difícil evaluación. Si se confirma la tendencia de que estas relaciones de pareja se establecen especialmente entre chicas españolas y chicos latinoamericanos y marroquíes fundamentalmente, cabría preguntarse cuáles son los motivos por los que la situación contraria: entre chicos españoles y chicas inmigrantes sea proporcionalmente menor. Así mismo, las desiguales relaciones basadas en el género, diferentes según los contextos culturales, y una de sus consecuencias, la mayor aceptación de embarazos a temprana edad, puede modificar las conductas preventivas inculcadas en nuestro país, al menos en la última década.



Propuestas de intervención

A la hora de definir posibles estrategias de intervención para promover comportamientos sexuales saludables y prevenir determinados riesgos asociados a prácticas inadecuadas o no seguras es necesario combinar dos realidades:

- En el campo de la sexualidad, la juventud se enfrenta a riesgos similares, con diversas maticizaciones, independientemente del país o cultura de origen.
- La juventud inmigrante se enfrenta a ciertos riesgos relacionados con su peculiar situación de vulnerabilidad.

5.1. Estrategias de intervención

Surgen a partir de:

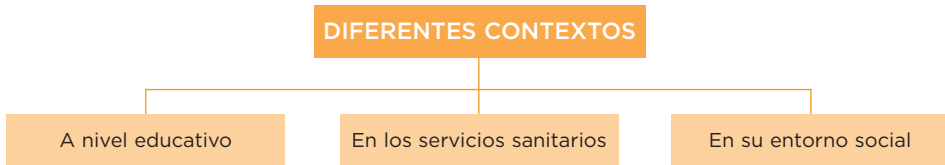
- Revisión de la bibliografía, nacional e internacional, disponible y de experiencias prácticas revisadas
- Conclusiones del *Grupo de Trabajo*
- Resultados de los grupos de discusión
- Aportaciones de diferentes profesionales, mediadores sociales y otros colectivos sociales recogidas a lo largo del desarrollo del proyecto

Deben guiarse por los siguientes principios:

- Evitar discriminación. Respuestas basadas en las necesidades específicas.
- En la medida de lo posible, implicarán tanto a juventud española como inmigrante
- No se debe olvidar en todo lo que se vaya a hacer, capacitar a la juventud para que aumente el control sobre su salud y la mejore.
- Al tratarse de propuestas complejas y de largo alcance, su implementación requiere tiempo y planificación, por lo que no se debe caer en la tentación de esperar resultados sustanciales a corto plazo.
- La implementación de las estrategias y actividades propuestas no puede corresponder, por su envergadura y complejidad, a ningún organismo público en concreto.

- Su objetivo, pues, es animar a las instituciones públicas, Asociaciones, ONG y demás sectores relacionados con la educación, la salud, la sexualidad, la juventud y la inmigración para que, en caso de ser pertinentes a sus diferentes realidades, recojan las ideas aquí presentadas.

5.2. Propuestas generales



1. A nivel educativo

- Aprovechar los contenidos de la asignatura de *Educación para la ciudadanía* para incorporar valores y estimular actitudes y comportamientos saludables en torno a la sexualidad.
- Incluir aspectos específicos de educación sexual, teniendo en cuentas el enfoque desde diferentes culturas, en los diferentes *currículum* escolares, con materias, horarios y materiales específicos.
- Elaborar materiales de educación afectivo-sexual apropiados a las nuevas realidades, con la colaboración de las distintas instituciones para uso de la comunidad escolar.
- Formar específicamente al profesorado en interculturalidad, salud y derechos sexuales y reproductivos y relaciones afectivas entre jóvenes, incentivando su dedicación y esfuerzo.
- Promover actividades específicas en horarios adecuados, en coordinación con las asociaciones de madres y padres, con los familiares más directos de las y los jóvenes para que puedan colaborar en la formación afectivo-sexual de sus hijos e hijas.
- Sensibilizar al profesorado sobre el riesgo del uso no controlado del medicamento *Cytotec* y especialmente, de su difusión en el medio escolar, tanto entre juventud de origen latinoamericana, como, por extensión, a las jóvenes españolas.
- Facilitar la creación de la figura de “orientador/a sexual” en determinados contextos escolares, comprobado como útil en contrastadas experiencias de países de nuestro entorno.
- Reducir barreras para la instalación de máquinas expendedoras de preservativos y folletos informativos en determinados institutos, para uso responsable de adolescentes y jóvenes a partir de una razonable edad.

2. En los servicios sanitarios

- Crear una red de centros de atención a la sexualidad distribuidos a razón de 1 por cada 100.000 jóvenes entre 15-24 años, de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Estos servicios serían de utilidad para la juventud en general, pero facilitarían mucho el acceso a la juventud inmigrante.
- Establecer espacios adecuados para que los varones jóvenes puedan sentirse cómodos hablando de su propia sexualidad ya que la estructura actual obstaculiza la participación de varones.
- Trabajar específicamente el manejo práctico del preservativo y de la *píldora* como herramienta básica para la doble protección frente al embarazo y a las ITS y para promover relaciones de pareja basadas en la negociación y el respeto mutuo.
- Enfatizar la prevención de ITS, incluyendo el SIDA, para contrarrestar la relajación de las medidas de protección frente a ellas que se está incrementando en los últimos tiempos.
- Incidir en el riesgo de infertilidad secundario a determinadas ITS, ya que se ha comprobado que el temor a esa posible consecuencia contribuye a la adopción de medidas preventivas, especialmente en la juventud inmigrante femenina.

- Controlar la calidad y el precio de los preservativos, garantizando su disponibilidad gratuita en los servicios de salud para jóvenes y la colocación de máquinas expendedoras también en determinados servicios sanitarios.
- Incrementar la financiación de métodos anticonceptivos farmacológicos, especialmente los hormonales —píldora, parche, anillo vaginal y *píldora del día después*— abaratando el coste actual, inaccesible para una gran parte de la juventud en general y la de origen inmigrante en particular.
- Cumplir las recomendaciones de determinadas Sociedades Científicas y ONG especializadas en salud sexual facilitando la producción de envases conteniendo más de un anticonceptivo para doblar su efecto protector: preservativos más *píldora del día después* y preservativo más *píldoras*, anillo o parches a precio reducido y acompañados de folleto informativo sobre sus beneficios.
- Desarrollar un trabajo específico en las maternidades y en las clínicas de IVE, por dónde anualmente pasan un número importante de mujeres jóvenes inmigrantes por razones relacionadas con su salud sexual y reproductiva.
- Formar a las/los profesionales sanitarios relacionados con la sexualidad, la anticoncepción y la reproducción. De acuerdo a la organización de nuestra estructura sanitaria y al catálogo de prestaciones cubiertas por el sistema público de salud, los/as médicos de familia, los especialistas en ginecología, los pediatras, el personal de enfermería, especialmente las/los matrones, etc. deberían participar en un *plan de formación* en estas áreas, tan descubierta durante sus periodos de graduación.
- Facilitar formación y medios a los profesionales farmacéuticos para contribuir a la labor preventiva que también les corresponde: para el correcto manejo de anticonceptivos, para asesorar en la prevención y tratamiento de ITS, para contrarrestar los efectos nocivos del uso del medicamento *Cytotec*, o para derivar adecuadamente en caso de embarazo.

3. En su entorno social

- Identificar a los jóvenes inmigrantes con capacidad de liderazgo, aprovechando sus capacidades para mejorar las actitudes y prácticas entre sus iguales
- Promover el trabajo específico con madre y con padres, juntos y separados, para ayudarles a *hablar de sexualidad* con sus hijos e hijas
- Organizar campañas de información general o específica, incluyendo contenidos relacionados con el mundo de la afectividad y la sexualidad en fiestas juveniles “interculturales”
- Aprovechar los espacios de ocio donde se desenvuelve la juventud inmigrante para incluir elementos relacionados con la prevención de riesgos
- Generar mecanismos para hacer posible la creación de una red de *mediadores jóvenes* especializados en sexualidad y prevención de riesgos
- Incorporar contenidos relacionados con juventud y sexualidad en todos los niveles de formación relacionados con el trabajo social: mediadores sociales, educadores de calle, trabajo social, etc.
- Estudiar la posibilidad de crear un teléfono gratuito de información sexual dirigido a juventud inmigrante, atendido por mediadores sociales formados y con capacidad para expresarse en las lenguas más representadas. Otra propuesta, más sencilla, sería establecer un teléfono informativo con mensajes grabados en diversas lenguas, con capacidad para responder a las dudas más básicas y orientar hacia los recursos más apropiados a cada caso.
- Incluir cuñas informativas haciendo énfasis en prácticas sexuales saludables y prevención de embarazos en fuentes de información cercanas a la juventud inmigrante, especialmente en las radios, periódicos, revistas y canales de televisión dirigidos por compatriotas.
- Organizar fiestas interculturales, como instrumento para sensibilizar a la juventud y a la sociedad en general de los beneficios de aceptar la diversidad, con mensajes relacionados con la sexualidad saludable.

- Estimular el trabajo en red entre diferentes entidades y ONG, tanto españolas como de colectivos inmigrantes para desarrollar proyectos vinculados a la esfera de la sexualidad juvenil

Otras propuestas:

- Mejorar determinados registros oficiales, de ámbito estatal o local, incorporando información más detallada vinculada al objetivo del presente proyecto, con las debidas garantías de confidencialidad y uso adecuado de la información. Como por ejemplo:
 - Detallar, en la medida de lo posible, la información eficaz que se refiere a la *juventud inmigrada* en contraste con la que se refiere a la *juventud extranjera*.
 - Recopilar información de morbi-mortalidad asociada a los procesos reproductivos de la juventud migrante
 - Incorporar información sobre IVE en base al grupo de edad y país de nacionalidad, al menos, en las Comunidades con importante representación de juventud inmigrante
- Favorecer la comunicación entre entidades sociales que trabajan para promover conductas sexuales saludables entre la juventud inmigrante, las Fiscalías de Menores y los responsables judiciales pertinentes para simplificar el circuito de asistencia en casos de violencia sexual.
- Elaborar documentos informativos de contenido sencillo y claro sobre el marco legislativo que sustenta la atención a la juventud en materia de sexualidad, incluyendo las especificidades de la juventud inmigrante, para distribución general en servicios educativos, sanitarios y sociales. De manera específica, se debe clarificar la actuación ante casos de mutilación genital, reconstrucción himeneal, matrimonios forzados, etc. para difundir entre los colectivos más afectados y los servicios que los atienden.

5.3. Propuestas específicas



1. Experiencias piloto

Se trata de proyectos y actividades novedosas que puedan contribuir al logro de los objetivos marcados en el presente proyecto, de aplicación limitada para, una vez evaluadas su pertinencia y utilidad, poder extenderla a más jóvenes, otros colectivos y zonas geográficas.

Como referencia, deben:

- Ser priorizadas en función de la magnitud de población a la que se dirige, de las necesidades particulares de los diferentes grupos y de la facilidad de ejecución (mayor conocimiento, más disponibilidad de recursos...)
- Desarrollarse en un tiempo no muy corto, preferiblemente no inferior a los dos años, para garantizar su adecuado diseño, organización y puesta en práctica.
- Incluir una clara definición de objetivos, responsables de ejecución, indicadores de evaluación, cronograma y presupuesto.
- Aprovechar las experiencias previas, por muy puntuales que sean, que hayan tenido algún vínculo con la actividad que se pretende.
- Partir de acuerdos entre distintas instituciones, ONG y entidades sociales para ser llevadas a cabo en régimen de *partenariado*.

- Extenderse, en la medida de lo posible, a otras zonas y colectivos, objetivo razonable de cualquier experiencia *piloto*

Las siguientes propuestas deben entenderse como surgidas del trabajo de investigación previo, son solo una muestra de las múltiples iniciativas que podrían emprenderse y se presentan como ideas a desarrollar, con las modificaciones y ajustes oportunos, por cualquier institución o entidad que las consideren de interés y dispongan de la voluntad y de los recursos necesarios para su desarrollo.

EXPERIENCIA PILOTO

Intervención para la prevención de embarazos en jóvenes latinoamericanas. Formación de Mediadoras especializadas en salud sexual y reproductiva (SS y R).

Justificación:

- La juventud latinoamericana genera el mayor número de nacimientos y de IVE debido a que es un colectivo numeroso y a condicionamientos culturales.
- El embarazo precoz conlleva importantes problemas para el desarrollo de estas jóvenes en términos de acceso a la educación y, por tanto, de igualdad de oportunidades.
- Aunque en los respectivos países de origen se acepta mejor el embarazo adolescente y juvenil, en nuestro medio —país de acogida— estas situaciones, sea de embarazo a término o de IVE, provocan rechazo social, con el resultado de mayor exclusión.
- En este contexto, la exposición a un embarazo pone de relieve las desigualdades de género, ya que sitúa a los dos miembros de la pareja, si la hay, y a los chicos y chicas en general en unas circunstancias en las que las jóvenes cargan con las peores consecuencias.

Los agentes más implicados en la realidad del embarazo juvenil en esta población son, además de las propias chicas, sus parejas y sus madres. A otro nivel, una vez producido el embarazo, cuando se busca asesoramiento y asistencia, los sectores sanitarios pueden jugar un importante papel para la actuación futura de la joven, aunque es conocida la falta de intervenciones preventivas frente al embarazo y las ITS en la mayoría de las maternidades, clínicas de IVE y centros de salud. Por ello, esta experiencia incluye actividades específicas con las chicas, sus parejas, sus madres y sectores sanitarios como maternidades, clínicas de IVE y recursos de atención posterior para la indicación de métodos anticonceptivos (MAC).

Objetivos:

- Contribución a la prevención de embarazo adolescente y no deseado
- Educación sanitaria con jóvenes y sus familias
- Formación de *mediadores juveniles* en SS y R
- Sensibilización a los servicios sanitarios sobre la problemática del embarazo adolescente
- Control y disminución del uso indiscriminado del fármaco misoprostol (con nombre comercial de *Cytotec*) como abortivo

Breve descripción:

Incluyen tres grupos de actividades bien diferenciadas que, en caso de considerarse oportuno, podrían ser objeto, cada una de ellas por separado, de una experiencia *piloto* independiente.

Actividades informativas y educativas

- Ciclos informativo-educativos de 3 sesiones grupales (en horarios adecuados, en locales accesibles e impartido por profesionales solventes) a mujeres jóvenes inmigrantes captadas a través de servicios sanitarios y educativos.
- A través de este grupo inicial y de contactos a través de redes sociales, se establecería otras actividades educativas (inicialmente de una única sesión) con las madres que cumplan el perfil de inclusión, también en horarios adecuados, con el doble objetivo de analizar su papel y de favorecer actitudes preventivas en ellas mismas, su/s hija/s y los restantes miembros de la familia.
- A través de las mismas vías de contacto, trabajo educativo específico (inicialmente de una única sesión), separado y dirigido por varones, con las parejas de chicas jóvenes que cumplan los requisitos de inclusión.

Actividades de sensibilización en servicios sanitarios

- Se contactaría con maternidades, clínicas de IVE y otros servicios de planificación familiar o de atención a jóvenes que atiendan un volumen importante de jóvenes de origen latinoamericano.
- Entrevistas a profesionales definidos como claves en cada una de estos recursos con el fin de sensibilizar sobre las necesidades de atención de las jóvenes inmigrantes y para determinar las actuaciones más eficaces durante la asistencia que las prestan.

Actividades para la *formación de mediadoras*

- Del trabajo previo se seleccionarían un grupo reducido (15-20), candidatas a incorporarse a un ciclo formativo más profundo. El perfil de las seleccionadas sería: Actitud tolerante sobre las diferentes manifestaciones de la sexualidad; defensa de la prevención del embarazo adolescente; habilidades sociales para la realización de intervenciones sociales; compromiso de trabajo; dotes de comunicación y liderazgo; disponibilidad de tiempo para desarrollar la actividad, etc.
- Esas jóvenes participarían en el proceso de formación de mediadoras, de acuerdo a los contenidos, métodos y criterios establecidos por el organismo formador. Esta formación debería encomendarse a un grupo profesional especializado en sexualidad, salud reproductiva y prevención de riesgos en la juventud y debería contar con un *reconocimiento* oficial básico (diploma o similar). El trabajo práctico se coordinaría con entidades sanitarias y ONG.

EXPERIENCIA PILOTO

Talleres de formación en interculturalidad y sexualidad para varones jóvenes.

Esta experiencia debe dirigirse tanto a jóvenes inmigrantes como nacidos en España. Sin embargo, dadas las conclusiones de la primera fase del proyecto general, se considera prioritario estimular el trabajo con varones jóvenes de origen marroquí, con el fin de favorecer actitudes positivas y preventivas.

Justificación: Diversas experiencias y estudios muestran que los varones jóvenes de origen marroquí mantienen actitudes negativas frente a diversos aspectos relacionados con la sexualidad juvenil que favorecen conductas de riesgo. Numéricamente es un colectivo importante, con gran influencia de mitos y tabúes adquiridos culturalmente. Trabajar con estos jóvenes puede tener un efecto multiplicador ya que la influencia entre iguales es especialmente relevante en este colectivo.

Objetivo: Influir para que estos jóvenes, tanto españoles como de origen magrebí, modifiquen sus actitudes negativas ante la sexualidad, acepten conductas saludables, mejoren su percepción sobre la sexualidad femenina y compartan sus diferentes puntos de vista, a partir de la participación activa y pactada previamente en talleres formativos.

Como experiencia *piloto* sería interesante evaluar los posibles beneficios derivados de trabajar en común desde la doble perspectiva cultural.

Descripción:

Dos líneas de intervención:

- Jóvenes marroquíes y españoles escolarizados (ESO, Módulos de Grado Medio)
- Jóvenes marroquíes y españoles en situaciones especiales (tutela institucional, *guarda*, programas de *vida independiente*, en estudios de *garantía social*, etc.)

Se captarían varones jóvenes entre 15 y 20 años, de origen marroquí, residentes en España por un tiempo no superior a los 10 años, de cada uno de los dos sectores señalados anteriormente. Se captarían un número similar de jóvenes españoles. Para ello se contactaría con centros educativos (institutos y similares) y con Asociaciones y colectivos sociales que trabajan con juventud marroquí en situaciones especiales para seleccionar los perfiles, eligiendo a aquellos con mayor capacidad de aprendizaje y motivación. La variable entorno familiar (familia estructurada, sin familia, o tutelados) se debe tener en cuenta a nivel informativo pero sería independiente de cara a la captación.

Otras vías de captación: De acuerdo a la Ley de Responsabilidad Penal del Menor 5/2000, existen una serie de medidas encaminadas a “redimir” las penas relacionadas con actos “delictivos” de adolescentes entre 13 y 17 años. En determinadas zonas, especialmente Melilla y Madrid, podría ser interesante hacer acuerdos para que estos chicos puedan cumplir funciones sociales compensatorias participando en proyectos de este tipo.

Posibles contenidos de los talleres:

Se impartirían 3-4 talleres estructurados en contenidos específicos relacionados con:

- Aspectos biológicos
- Principales valores e influencias de las diversas culturas
- Diferentes manifestaciones de la sexualidad
- Preservativo
- VIH/SIDA
- Rol varón/mujer o chico/a
- Homosexualidad
- Diversas formas de violencia sexista

Teniendo en cuenta las resistencias propias de los varones jóvenes a participar en actividades educativas, sería conveniente garantizar alguna forma de incentivación para la participación en los talleres. Tras el periodo “formativo” cada uno de ellos se comprometería a trabajar con un grupo de iguales, en similares circunstancias, con apoyo indirecto y seguimiento de algún miembro del equipo formador.

EXPERIENCIA PILOTO

Adaptación de ciber-espacios como espacios de encuentro y de ocio para promover una sexualidad saludable entre la juventud inmigrante

Justificación: La información escrita acerca de la sexualidad juvenil, sus riesgos y las medidas de prevención no resulta de utilidad para la juventud inmigrante, bien por falta de adecuación de sus contenidos o por dificultades de acceso. Sin embargo, se ha comprobado que ésta se interesa por la utilización de herramientas informáticas, como novedad difícilmente alcanzable para los sectores más desfavorecidos. Al mismo tiempo los jóvenes inmigrantes suelen concentrarse en barriadas, zonas al aire libre o espacios de ocio. Se trataría pues de acercar las posibilidades que brinda la información en soporte informático (juegos, Web, etc.) a estos jóvenes.

Objetivo: Influir para que estos jóvenes aprovechen las posibilidades informativas que brinda la informática, contribuyendo a mejorar su nivel de información y formación sobre diversos aspectos relacionados con la sexualidad y a mejorar su acceso a recursos de atención a la sexualidad juvenil existentes.

Descripción: A realizar en cualquier Comunidad donde existan *ciber-espacios* en funcionamiento, especialmente si se localizan en zonas frecuentadas por la juventud inmigrante. Determinados *locutorios* podrían cumplir funciones similares, como puntos de encuentro entre juventud inmigrante.

Se localizarían zonas donde estos espacios funcionen o donde, aún existiendo, funcionan a bajo rendimiento. La primera labor es diseñar un mapa de los recursos existentes para valorar su utilización en esta experiencia o, en su defecto, para abrir algún espacio específico.

Generar contenidos informativos, aprovechando los ya existentes y creando contenidos específicos pensando en las necesidades de la juventud inmigrante. Estos contenidos, serían especialmente juegos educativos sobre sexualidad y un *mini-curso* con test de evaluación. Se daría todas las facilidades para utilizar Web sobre sexualidad juvenil ya existentes.

Conexión con los recursos juveniles que tienen atención a la sexualidad juvenil (presencial o a través de Internet) para facilitar y comprometer, en caso de demanda de asesoramiento más profundo y continuado.

Disposición de una guía de recursos para casos que requieran derivación.

Capacitación del personal a cargo del *ciber-espacio* en: a) manejo de las herramientas informáticas, b) elementos básicos de sexualidad juvenil, y c) habilidades para la captación de jóvenes inmigrantes.

Establecer criterios de utilización y aprovechamientos de los recursos del ciber-espacio. Acceso gratuito a Internet en horarios adecuados a los jóvenes; apoyo por parte del personal del *ciber*; cartel/poster informativo.

Valorar otras herramientas útiles para captar el interés de la juventud inmigrante como

ornamentación del local, posibilidad de usar los ordenadores para “descargar” música; disponer de máquinas expendedoras de preservativos y bebidas no alcohólicas, etc.

La producción de materiales educativos y de difusión debería realizarse en varios idiomas en función del tipo de usuarios/as.

EXPERIENCIA PILOTO

Hablando sencillamente de sexualidad. Programa para facilitar la comunicación padres-madres-hijos-hijas en el ámbito de la sexualidad y la prevención.

Se trata de una iniciativa similar a las desarrolladas en el programa “*Habla con ellos*” que se lleva a cabo en nuestro país para fortalecer el papel de los padres en la educación sexual y anticonceptiva de sus hijos y a otra que se desarrolla, con gran éxito, en Reino Unido bajo la denominación de “*Speak Easy Project*”, en este caso dirigido especialmente a familias de origen inmigrante.

Justificación: En la mayoría de los casos, la juventud inmigrante emigra a instancia de decisiones tomadas por sus padres/madres. En una gran parte de culturas, la familia cumple un importante papel en la transmisión de valores a sus hijos/hijas e influyen también en sus actitudes y comportamientos respecto a la sexualidad. De los grupos cualitativos realizados con juventud ecuatoriana y marroquí se pone de manifiesto la demanda de trabajar con sus familias para poder entenderse mejor en estas materias.

Objetivos: Entrenar a los padres/madres para hablar de sexualidad con sus hijos e hijas. Aunque sería necesario extender el proyecto a las familias de diversas nacionalidades, en esta primera fase se trabajaría específicamente con familias de origen ecuatoriano, colombiano, peruano y de la República Dominicana, por disponer de una red de asociaciones (de adultos) que podrían facilitar el desarrollo del proyecto. Paralelamente se debería ofertar estas iniciativas a los padres/madres españoles a través de AMPAS de centros educativos seleccionados.

Descripción:

Talleres con padres y madres en fin de semana, con contenidos diversos y metodología participativa. Habría que evaluar y comparar diversas metodologías de trabajo:

- Talleres solo con *madres* de una determinada nacionalidad
- Talleres mezclando *madres* de diferentes nacionalidades
- Talleres para *madres* tanto españolas como de origen inmigrante
- Talleres de iguales características dirigidos a *padres*
- Talleres mixtos para *padres* y *madres* tanto inmigrantes como españoles

2. Otras actuaciones

Se refiere a las que serían oportunas desarrollar por los organismos competentes en materia de juventud, salud, inmigración o similares, dentro de los plazos y ajustes que se consideren necesarios y, a ser posible, a partir de la colaboración interinstitucional y solidaria entre diversas entidades. Entre estas posibles actuaciones, cabe citar:

- **Edición de documentos, publicaciones y artículos** relacionados con la problemática de los riesgos asociados a determinadas conductas sexuales no saludables entre la juventud en general, y la de origen inmigrante en particular. Como resulta evidente, una actuación, en este caso del INJUVE, ha sido la edición y difusión de la presente publicación, que puede servir de base a actuaciones posteriores.
- **Incorporación de información relativa a la sexualidad saludable y a la prevención de riesgos en el marco de las campañas informativas que se dirijan a jóvenes.**
- **Realización de Jornadas, seminarios y cursos** donde se facilite la formación y la sensibilización respecto a las necesidades afectivo-sexuales de la juventud inmigrante. Un ejemplo de actuación en este campo son las *Jornadas sobre Sexualidad, Juventud e Inmigración*, organizadas por el INJUVE y la Dirección General de Integración de los Inmigrantes, (Noviembre, 2007) con los objetivos de compartir experiencias, conocer algunas opiniones, sugerencias y demandas de una parte de la juventud inmigrante en aspectos relacionados con su sexualidad en los contextos educativos, sanitarios, asociativos y de ocio en los que se desenvuelven y sensibilizar a la sociedad en general, a las instituciones y a la opinión pública sobre la problemática del embarazo adolescente y juvenil.
- **Organización y desarrollo de nuevos estudios cualitativos** que permitan profundizar sobre los colectivos y las situaciones menos conocidas. En esta línea, el INJUVE se propone desarrollar (2007) una investigación bajo perspectiva dialéctica con mediadores sociales familiarizados con las formas de vida de la juventud inmigrante a fin de analizar sus valores y hábitos de conducta y extraer pautas de aplicación incidentes en prevenir los riesgos de embarazos tempranos y otros relacionados con determinadas situaciones.
- **Preparación de Guías metodológicas para profesionales de educación, sanitarios y mediadores sociales**, con la pretensión de generar instrumentos prácticos y útiles para que los profesionales que trabajan o atienden a la juventud inmigrante conozcan sus características y mejoren su capacidad para intervenir eficazmente en el campo de la sexualidad juvenil.
- **Elaboración de folletos específicos sobre sexualidad juvenil y medidas de prevención en diferentes lenguas**, con mensajes útiles tanto para la juventud española como inmigrante.

5.4. Consideraciones finales

Hablar de vivencias, formas de pensar, necesidades y comportamientos sexuales que tanto afectan a la intimidad, a los principios más profundos de personas jóvenes en situación humana y social desfavorable, desde la perspectiva de personas adultas en posición social ventajosa y con un bagaje cultural bien distinto, obliga a ser extremadamente prudentes a la hora de hacer valoraciones y de tomar medidas. Por eso, es necesario partir de ciertas consideraciones básicas:

Aceptación de la diversidad

Estamos hablando de algo complejo y variable: diferentes orígenes, culturas, valores, motivaciones, necesidades, perspectivas de futuro... Por ello, no debemos caer en la tentación de hacer simplificaciones y generalizaciones que impiden valorar toda la riqueza de vivir y aceptar la diversidad.

Evitar estereotipos

La sociedad en general cae en diversos estereotipos sobre la juventud inmigrante definiéndoles como *irresponsables, vagos, incultos, promiscuos, violentos...* que entorpece su integración en la

sociedad. Generalizar comportamientos minoritarios y achacar situaciones justificadas por el contexto social a una forma determinada de ser *inmigrante* es profundamente injusto e insolidario.

Reconocimiento de su protagonismo

Para ser eficaces, es fundamental hacer que los y las jóvenes sean responsables de sus actos, tomen conciencia de sus comportamientos y sean protagonistas de su salud, sin que nadie se asigne la función de representarles. Son, pues, los propios jóvenes de origen inmigrante los que deben expresar lo que desean, valiéndose de los instrumentos democráticos existentes.

Principio de no discriminación

Por diversos y complejos motivos, la juventud de los países de acogida, generalmente ricos, discriminan a la juventud inmigrante, generalmente procedente de países pobres. Esto inculca valores negativos a la juventud en una fase fundamental en sus vidas: la de crecimiento y desarrollo. Es necesario evitar cualquier forma de discriminación, no solo en razón del origen geográfico, sino por raza, etnia, sexo o condición.

La educación como base de la integración

El factor clave para avanzar en la integración de los grupos socialmente desfavorecidos es facilitar su acceso a la educación como garantía de desarrollo personal, autonomía e igualdad de oportunidades. Acceder, pues, a la educación básica es fundamental para paliar los efectos de vivir en condiciones de desigualdad y para poder aprovechar los beneficios de la educación afectivo-sexual.

Respuesta a necesidades

Existe debate sobre si la juventud inmigrante debe recibir, o no, trato diferenciado respecto a la juventud española. Para solventar esta controversia se debe trabajar en base a las necesidades específicas de cada colectivo. Desde esta perspectiva, si la juventud inmigrante tiene, como parece, unas necesidades en parte diferentes, requieren, también algunas respuestas específicas.

Respeto a las diferencias

La juventud inmigrante aporta la riqueza de sus diversas culturas. Del mismo modo, por su bagaje de vida, pueden tener ideas religiosas, o de cualquier otro tipo, que deben ser respetadas siempre que no atenten contra los principios básicos aceptados en los países de acogida. Defender eso permite integrar la idea de que todos los seres humanos merecen ese respeto, independientemente de su origen, edad o sexo.

En el marco de los derechos humanos

Se tiende a considerar que las personas socialmente vulnerables, merecen recibir ayuda de los países más desarrollados. Estos apoyos se basan, con frecuencia, en el principio de beneficencia. Sin discutir el valor intrínseco a la acción de ayudar o beneficiar, el disfrute de la sexualidad y la prevención de riesgos evitables en la juventud, deben enmarcarse siempre en el campo de los derechos humanos.

Bibliografía

Informe Juventud en España 2004. Andreu López Blasco y otros.

Cifras oficiales de población: Padrón municipal 2006, en <http://www.ine.es/inebase>. Consultado en Agosto 2007.

Revista de Estudios de Juventud nº 60. *Inclusión de la juventud inmigrante*. INJUVE 2003.

Revista de Estudios de Juventud nº 66. *Intervención social e inserción de jóvenes inmigrantes*. INJUVE 2004.

Inmigrantes jóvenes en España. Sistema educativo y mercado de trabajo. Lorenzo Cachón, INJUVE. 2003.

El alumnado extranjero, en <http://www.mec.es/mecd/estadisticas>. Consultado en Agosto 2007.

Nacimientos de mujeres extranjeras, en <http://www.ine.es/database>. Consultado en Agosto de 2007.

Interrupciones voluntarias del embarazo realizadas en la Comunidad de Madrid, año 2005. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid Nº 2, Vol. 12. 2006.

La promoción de salud en la población inmigrada: una experiencia en la Escuela Nacional de Sanidad. Blázquez R, MI y Mazarrasa A, L. Revista Index de Enfermería, 2003 nº 42: 34-38.

El aborto en las mujeres inmigrantes. Alicia Llacer Gil de Ramales y otras. Revista Index de Enfermería, 2006 nº 55: 13-17.

Manual para profesionales sanitarios en la prevención del VIH/SIDA y otras ITSs entre la comunidad procedente del África subsahariana en Europa. Escuela Nacional de Sanidad.

Formación de educadores de iguales en la prevención de la infección por VIH/SIDA con población inmigrante. Escuela Nacional de Sanidad.

Guía de autocuidados para las mujeres inmigrantes. Instituto de Salud Carlos III e Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Mujer inmigrante y salud sexual y reproductiva. Silvia López García (parte I y II). Revista Diálogos de la FPFE. Nº 59 y 60. 2004.

Salud reproductiva: un desafío para la inmigración. Conferencia mediterránea. Isabel Serrano. Revista Diálogos de la FPFE nº 67. 2006.

Cómo conviven las mujeres chinas en la sociedad española. Suping Pan. OFRIM Junio 2004.

Aproximación a las asociaciones africanas como agentes de salud en sus comunidades inmigrantes. Experiencias desde la práctica. Isabel Blázquez, Lucía Mazarrasa y Laura Otero. ENS. OFRIM Junio 2004.

Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África. Julia Espinosa Fajardo y otros. Programa VITA. Agencia española de Cooperación Internacional. 2005.

Comprender a los adolescentes. Un informe de la IPPF sobre las necesidades de la gente joven en materia de salud sexual y reproductiva. IPPF, 1994.

Sexual behaviour of second generation Moroccan immigrants balancing between traditional attitudes and safe sex. AIDS Educ Prev. 2003, Oct; 15 (5): 430-447.

Risk behaviour and social-cognitive determinants of condom use among ethnic minority communities in Amsterdam. AIDS Educ Prev. 2005 Oct 17 (5): 469-483.

The health belief model, sexual behaviours and HIV risk among Taiwanese immigrants. Lin P, Simoni JM, Zemon V. Health Psychol. 2005 Jan; 24 (1): 88-95.

Health behaviours and psychosocial adjustment of migrants adolescents in Switzerland. Ferron C y otros. Schweiz Med Wochensh. 1997 Aug 30; 127 (35): 1419-29.

Beliefs, taboos and myths in HIV/AIDS prevention among african communities. European partenariat between African Communities and Health partners for HIV/AIDS and Communicable Diseases prevention and global Care in Europe.

Reaching women with instructions on Misoprostol use in a Latin American country. Cohen J y otras. Reproductive Health Matters 2005; 13 (26): 84-92.

Monográfico: La salud sexual y reproductiva de la juventud inmigrante —segunda y tercera generación—. Actas de la 34 Reunión del Consejo Regional Europeo de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) 2006.

Sexuality education in Europe. A reference guide to policies and practices. The SAFE project. Lunds University; IPPF y OMS, 2006.

European strategy for child and adolescent health and development. WHO. Regional Office for Europe. 2005.

Protecting the health, choice and rights of ethnic minorities in Europe. CHOICES. Publicaciones de IPPF-EN 2006.

Ganar Salud con la juventud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2002.

Documento sobre “*Salud sexual y reproductiva en la adolescencia*”. Observatori de bioètica i dret. 2002.

Actas de las Jornadas Técnicas sobre “Programas y servicios de atención a la sexualidad de la juventud”. Vitoria-Gasteiz, 2002.

Actas de las Jornadas “*Jóvenes y sexualidad: algunas situaciones de exclusión*”. Consejo de la Juventud de España. 2002.

Revista de Estudios de Juventud nº 63. *Juventud y sexualidad*. INJUVE 2003.

Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. España, 2003. Informe FIPSE.

Actas del Congreso “Ser adolescente hoy”. 2005.

Jóvenes y sexo: el estereotipo que obliga y el rito que identifica. FAD. 2005. Ignacio Megias Quirós y tros.

Actividad sexual e información y uso de métodos anticonceptivos en la juventud española: resultados de una encuesta nacional. Serrano, I y otros. Prog Obstet Ginecol, 2005; 48 (6): 283-8.

2ª Encuesta Schering de Sexualidad y anticoncepción en la juventud española 2005. Disponible en web: www.equipodaphne.es

La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.

Anexos

I. Integrantes del grupo de trabajo y otras colaboraciones

ENTIDAD	NOMBRE
ACCEM Asociación Comisión Católica Española de Migración, Proyecto APOI	Liliana Osipov
ACULCO - Asociación Sociocultural y de Cooperación al Desarrollo por Colombia e Ibero América	José Pablo Tobar Quiñones
AJI Asociación Juventud Inmigrante	M ^º José Porras Pérez - Daniel Lara Ruiz
CEAR Comisión Española de Ayuda al Refugiado	Sonia Gracia Chávez
CJE Consejo de la Juventud de España	Amin Mohamed Mohamed - Mohamed Azahaf
Cruz Roja Juventud	Olga Díaz Escalona - Daniel Fernández Gómez
D. G. de Integración de los Inmigrantes (MTAS)	Irene García Suárez - M ^º Joaquina Larraz Mompó
FPFE Federación de Planificación Familiar	Justa Montero Corominas
ISCIII Escuela Nacional de Sanidad	Clara Morales Martín - Lucía Mazarrasa Alvear
Jóvenes más que unidos por la diversidad +QUNI2	Margarita Mogollón Quiroga - Bania Mogollón Quiroga
Ministerio de Educación y Ciencia - CIDE	Fátima Rodríguez Gómez
Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo	Rosa M ^º López Rodríguez
Instituto de la Mujer. MTAS.	Begoña López Doriga - María LLanos Hidalgo
RED ACOGE	Blanca Ruiz - José Manuel Álamo Candelaria
RUMIÑAHUI Ecuatorianos/as	Vladimir Paspuel Revelo
SABABIA Asociación Hijos de Inmigrantes	Nelson Quintero Rincón
SEMSI Servicio de Mediación Social Intercultural	Fatma Benlamri Chaou
VOMADEVINCIT	Ana María Céspedes Calderón

Además de los asistentes a las sesiones del *grupo de trabajo*, otras entidades y personas han colaborado en el desarrollo del Proyecto aportando información o facilitando la captación de jóvenes participantes en los *grupos de discusión*.

- Asociación PAIDEIA
- Asociación Centro TRAMA
- Escuela de Mediadores Sociales para la Inmigración (EMSI)
- Centro de Menores de Vallehermoso
- Centro de Menores de Chamberí
- Centro de Reforma Nogales
- Orientadora Instituto San Isidro
- Educadores de las Juntas Municipales de Arganzuela y de Chamberí
- Asociación de Planificación Familiar de Cataluña y Baleares
- Centro Madrid Salud Joven. Madrid Salud
- Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad de Madrid
- Asociación de Mujeres Marroquíes
- Organización EQUIF de lucha contra la mutilación genital femenina. Barcelona.

II. Descripción y valoración de folletos y otros materiales informativos

Fuentes

La mayor parte de los folletos revisados han sido editados por los organismos competentes —sanidad, servicios sociales, mujer o igualdad de oportunidades— de los diversos gobiernos autonómicos y administraciones locales (Ayuntamientos), donde existe un mayor contingente de población inmigrante, especialmente en Cataluña y Madrid.

Las ONG y asociaciones relacionadas con inmigrantes no disponen, en general de materiales específicamente diseñados para la juventud inmigrante.

Se ha encontrado un folleto sobre “Ginecología e Inmigración” editado por una compañía farmacéutica.

Se han revisado también algunos materiales editados en países europeos con fuerte presencia de juventud inmigrante.

Resumen de conclusiones

- Todos los materiales se dirigen a la población inmigrante en general y no específicamente a sus jóvenes. La mayor parte se dirigen a las mujeres inmigrantes.
- Los contenidos se relacionan especialmente con VIH/SIDA, uso y acceso a servicios sanitarios y cuidados de salud, salud materno-infantil y planificación familiar para mujeres inmigrantes.
- Parece existir consenso respecto a la reducida utilidad de los folletos y otros materiales divulgativos escritos para la juventud en general y para la juventud inmigrante en particular.
- Los materiales existentes son repetitivos ya que cada sector tiende a publicar sus propios materiales, sin tomar en consideración las experiencias de otros sectores y comunidades.
- La mera traducción a las distintas lenguas de los folletos existentes -pensados para población autóctona- no parecen ser útiles para los inmigrantes ya que no se ajustan a sus características diferenciales. Por el automatismo de la traducción, se da la paradoja de que folletos en árabe incluyen recursos y listados de ONG, por ejemplo latinoamericanas, tan distantes del entorno de la comunidad árabe.
- Los materiales escritos en español, supuestamente de utilidad para la población inmigrante de habla hispana, no incorpora su *forma de hablar propia*, siendo por ello, poco aceptables para ellos.

- Las presentaciones suelen ser muy clásicas: largos textos e imágenes poco dinámicas. La mayoría son demasiado extensas para ser accesibles a los y las inmigrantes.
- Los mejores resultados se obtienen cuando la población a la que van dirigidos participan en su elaboración y diseño, en este caso, los colectivos inmigrantes.
- Los idiomas en que se editan son preferentemente: árabe, rumano, chino y francés. La traducción al inglés no resulta, en general, útil, y por el momento no se han encontrado materiales en lenguas eslavas o asiáticas, ni en dialectos africanos.
- Los folletos o materiales con traducción múltiple a varias lenguas son muy limitados, desconociéndose la utilidad de este formato.
- Existe la percepción de que los profesionales españoles de las áreas de sanidad, educación o servicios sociales no conocen los contenidos de estos folletos o materiales para inmigrantes, probablemente por la sobresaturación existente.
- De la revisión de los materiales europeos se puede destacar que:
 - Utilizan más el formato dibujo o comic, especialmente cuando se dirigen a la juventud
 - Tienen presentaciones más dinámicas en forma de tarjetas y separadores
 - Son escuetos y en ocasiones, se presentan en carpetas que incluyen diversos contenidos, bien diferenciados.

Algunas propuestas

- Dado que no existe ningún material sobre salud sexual y reproductiva especialmente dirigido a la juventud inmigrante, debería valorarse la edición de algún material específico, diferenciado por contexto social, cultura y lengua.
- Sobre contenidos, se considera fundamental trabajar fundamentalmente: manejo del preservativo, VIH/SIDA y recursos dónde asesorarse y acudir.
- La información contenida debe partir de sus componentes sociales, haciendo especial hincapié en los roles de género, el peso de las ideas religiosas y los comportamientos especialmente arriesgados.
- Se debería evitar la multiplicidad de materiales porque introducen confusión e, indirectamente, rechazo. Para ello, sería importante trabajar con las distintas administraciones para coordinar materiales, imágenes y contenidos.
- La repetición de mensajes claros, concisos y acordes a sus peculiaridades, puede ser una herramienta informativa útil. Los materiales deben ser elaborados con la propia juventud inmigrante y presentarse en forma ágil y divertida, por ejemplo en formato de *comic*.
- Una vez elaborados los materiales, deben tener un efecto multiplicador: extenderlo a otras zonas, a otras culturas, a otras lenguas y a otros medios de difusión, como por ejemplo, radios y periódicos locales.
- Se debería editar materiales sobre temas específicos y dirigidos a colectivos concretos, como por ejemplo:
 - Asesoramiento sobre los riesgos del uso del medicamento *Cytotec* con fines abortivos, especialmente por parte de chicas latinoamericanas
 - Uso de métodos de prevención para chicos de origen árabe
 - Información acerca de la mutilación genital para juventud de origen subsahariano, etc.
- Previo a la realización de cualquier nuevo material, sería imprescindible, revisar en profundidad experiencias y materiales ya existentes.
- En caso de encontrar materiales (diseño y contenidos) apropiados a lo que se necesita, sería interesante solicitar los permisos correspondientes a sus editores para proceder a copiarlos y, en su caso, traducirlos.