



Universidad de Valladolid

**Facultad de Enfermería de
Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2017/18**

**Programa de planificación familiar
para mujeres marroquíes residentes
en Valladolid**

Autora: María Susín Espeja

Tutora: Dra. Carolina González Hernando

Cotutora: Marta García Estomba

En agradecimiento a mis padres, por educarme en torno a los valores que me han convertido en la persona que soy,

A mis tutoras, Carolina y Marta por ayudarme a convertir una idea en este trabajo, guiándome hasta el final.

A mis amigos de siempre y a Dani, por animarme a seguir cuando se me hacía cuesta arriba y escuchar todas mis anécdotas de enfermera.

De esta carrera, me llevo una profesión que disfruto cada día pero, sobre todo unos amigos que me han apoyado y disfrutado conmigo de estos cuatro años, desde incontables tardes en el Aire hasta perdernos por Marrakech. Por muchas más historias como estas.

RESUMEN

España se ha convertido en un país multicultural al ser el destino de elección por parte de inmigrantes de todo el mundo. La inmigración magrebí siempre ha contado con una presencia destacada, pero los acontecimientos de los últimos años han conseguido que se convierta en la comunidad migratoria más numerosa del territorio español.

Estos nuevos flujos migratorios traen en su mayor parte a gente joven, atraída por la oferta laboral y la libertad que ofrece el país. Dentro de ello, es importante destacar el aumento de la inmigración femenina, un colectivo especialmente importante y cada vez más numeroso dentro de estas cifras, sin embargo por su cultura de origen se encuentran en una situación especialmente vulnerable debido a la mayor probabilidad de sufrir un embarazo no deseado.

La barrera del idioma y las diferencias culturales pueden dificultar a los profesionales de enfermería la atención a estas mujeres, especialmente en temas tan delicados como la anticoncepción y la salud sexual.

El objetivo de este Trabajo Fin de Grado es analizar el estilo de vida y el conocimiento de las mujeres marroquíes en Valladolid sobre planificación familiar, centrándose en aquellas que pertenecen a la Asociación de Ayuda al Inmigrante. En base a la información obtenida mediante este estudio se elaboró un Programa de Salud específico para el consejo anticonceptivo en mujeres magrebíes, con el desarrollo de materiales adaptados a su idioma para facilitar la comprensión.

La educación anticonceptiva proporciona a estas mujeres libertad de decisión sobre su propio cuerpo, mejorando la salud materna e infantil.

PALABRAS CLAVE:

Anticoncepción, islam, mujer, religión, planificación familiar.

ABSTRACT

Spain has become in a multicultural country, being the choice destination for immigrants from all over the world. The Maghreb immigration has always had an outstanding presence, but the events of last years have made it the largest migrant community in Spain.

These new migratory flows bring mostly young people, attracted by the job offer and the freedom offered by the country. Within this, it is important to highlight the increase in female immigration, a collective that is especially important and increasingly numerous according to the latest data, however, because of their native culture they are in a particularly vulnerable situation, due to the higher probability of suffering an unwanted pregnancy.

The language barrier and cultural differences can make it difficult for nursing professionals to care for these women, especially on such sensitive issues as contraception and sexual health.

The aim of this Final Degree Project is to analyse the situation and knowledge of Moroccan women in Valladolid about family planning, focusing on who they belong to the Immigrant Aid Association. Based on the information obtained through this study, a specific health program was developed for contraceptive advice in Maghrebi women, with the work out of materials adapted to your language to facilitate understanding.

Contraceptive education gives these women the freedom to make decisions about their own bodies, improving maternal and child health.

KEY WORDS:

Contraception, islam, women, family planning.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	2
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	4
3.1. La anticoncepción en la cultura islámica.....	4
3.1.1. La figura de la mujer dentro del islam.....	4
3.1.2. Bioética e islam: anticoncepción y aborto.....	7
3.1.3. <i>Moudawana</i> , el nuevo código de familia.....	7
4. METODOLOGÍA.....	9
4.1. Procedimientos.....	9
4.2. Diseño.....	9
4.3. Población y muestra.....	10
4.4. Instrumentos.....	11
5. RESULTADOS.....	13
5.1. Resultados de las entrevistas.....	13
5.1.1. Entrevista A.....	13
5.1.2. Entrevista B.....	14
5.2. Resultados del cuestionario.....	15
6. DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.....	16
7. LIMITACIONES.....	18
8. CONCLUSIONES.....	19
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
10. ANEXOS.....	26

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Tradicionalmente, España era un territorio marcado por la fuerte emigración de su población, la solución para muchas personas que buscaban nuevas oportunidades y un mejor nivel de vida. Actualmente, las tornas se han invertido y gracias al crecimiento económico que ha experimentado el país desde los años 80 los flujos migratorios han cambiado, convirtiendo España en un país donde la multiculturalidad está cada vez más presente (1).

Atendiendo a la nacionalidad, la población inmigrante proviene mayoritariamente de Rumanía, Marruecos y Ecuador, sin embargo, los años de crisis pasaron factura para las comunidades rumanas y de América latina produciendo un descenso importante migratorio, lo que elevó a la población marroquí a la nacionalidad más numerosa dentro del territorio español con casi 780.000 inmigrantes (2,3).

En los primeros movimientos migratorios de la década de los 80, el perfil del inmigrante marroquí era el de un hombre joven atraído por la gran oferta laboral. La mujer tiene un papel pasivo en esta primera etapa siguiendo al marido para la reunificación del núcleo familiar (4). Esta idea tradicional es la visión que se mantiene de la inmigración magrebí, a pesar de que la realidad es bien distinta; aunque sigue existiendo el estereotipo de mujer que acompaña al marido, está en alza la figura de mujer joven y soltera que llega a España debido a la gran demanda de trabajadoras domésticas (5), buscando la autonomía que su país de origen aún no es capaz de ofrecerle.

Las nuevas familias marroquíes asentadas en España experimentan una realidad distinta a su país de origen, donde lo habitual es que la pareja conviva con el núcleo familiar del marido, aquí disfrutan de una mayor autonomía lejos del fuerte tradicionalismo propio de su cultura y una mayor predisposición a la influencia de costumbres del nuevo entorno. Aunque la población marroquí es fiel al mantenimiento de sus ideales, van adquiriendo costumbres occidentales (1,5) como el trabajo de la mujer fuera del hogar o la reducción del tamaño familiar.

Estos cambios tanto sociales como culturales, requieren que los profesionales sanitarios estén al tanto y cuenten con los recursos y conocimientos necesarios para atender a este cupo de población. Aunque España se encuentra en cabeza respecto a políticas

sanitarias integradoras para la población inmigrante (6), los resultados son muy desiguales según la Comunidad Autónoma y sigue primando un clima de desconocimiento y rechazo por parte de la mayoría de profesionales (7).

Teniendo en cuenta el mayor flujo de mujeres inmigrantes y los cambios de pensamiento dentro de las parejas anteriormente mencionados, es necesario responder a las necesidades de salud específicas de la mujer como bien recalcan los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (8,9), especialmente el objetivo 5 que señala la meta de alcanzar el empoderamiento femenino y la igualdad de género, y el objetivo 3, que busca un incremento de la salud materna reduciendo la tasa de mortalidad y favoreciendo el acceso a salud sexual y reproductiva.

La planificación familiar da a la mujer la opción de decidir sobre su propio cuerpo y su estilo de vida. Globalmente, más de 225 millones de mujeres no desean quedarse embarazadas, pero tampoco emplean métodos para evitarlo (10), debido en parte a la falta de información tanto suya como de su pareja. Mejorando el conocimiento y habilidades de las mujeres respecto a la anticoncepción se impulsa su autonomía y su capacidad de decisión, algo especialmente importante en sociedades donde la mujer aún sufre fuertes desigualdades respecto al hombre.

Siguiendo los ODS, el objetivo 10 afirma la necesidad de eliminar las desigualdades entre países, creando un ambiente de inclusión social, política y económica de todas las personas; por lo que para España como país multicultural es imprescindible contar con programas de salud específicos que respondan a las necesidades y favorezcan la integración de la población inmigrante (8).

Este estudio partió de las siguientes preguntas de investigación:

¿Qué conocimientos tienen las mujeres marroquíes de Valladolid sobre métodos anticonceptivos? ¿Hay adherencia en su uso? ¿Qué método anticonceptivo es el más utilizado entre este grupo de población? ¿Cómo influye la religión en el uso de métodos anticonceptivos? ¿La decisión del uso de planificación familiar se encuentra influida por el cónyuge? ¿Conocen la figura de la matrona?

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general: elaborar un programa de salud sobre planificación familiar específico para mujeres marroquíes pertenecientes a la Asociación de Ayuda al Inmigrante (ASAIN) de Valladolid.

Objetivos específicos:

- Describir la situación de las mujeres marroquíes respecto a la salud sexual y reproductiva en la actualidad.
- Identificar los conocimientos y habilidades de las mujeres magrebíes de ASAIN sobre anticoncepción tras ser encuestadas.
- Descubrir las barreras existentes en el uso de métodos anticonceptivos dentro de este sector de la población.
- Considerar las opiniones de expertos en base al diseño de un programa de Educación para la Salud (EPS) para este sector de la población.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 LA ANTICONCEPCIÓN EN LA CULTURA ISLÁMICA

3.1.1 La figura de la mujer dentro del islam.

Tradicionalmente, la mujer se ha encontrado en un segundo plano dentro de la cultura islámica, dependiente siempre de la tutela y voluntad del hombre. Las escrituras sagradas potenciaban esta cosificación de la mujer considerándola como un objeto de tentación.

Animándola a ser recatada y sumisa, el Corán recomienda a la mujer que tape su cuerpo con ropas amplias, no transparentes, que la cubran de las muñecas a los tobillos:

“Dile a tus esposas e hijas y a las mujeres de los creyentes que deben poner sobre ellas sus prendas externas. Lo más conveniente es que puedan ser distinguidas, pero no acosadas” (Corán, 33:59)

El hiyab, conocido como velo o cortina sigue la premisa de ocultar el cuerpo femenino. La mujer debe llevarlo desde que adquiere la concepción de ser mujer, de nuevo

relacionada con el deseo y la tentación para el hombre, por lo que habitualmente este momento está asociado con la aparición de la menarquia (11). Además, define claramente que la mujer solo podrá desprenderse de él en el hogar (12), en presencia de la familia más cercana.

“Y di a las creyentes que bajen la vista con recato, que sean castas y no muestren más adorno que los que están a la vista, que cubran su escote con el velo y no exhiban sus adornos sino a sus esposos, a sus padres, a sus suegros, a sus propios hijos, a sus hijastros, a sus hermanos, a sus sobrinos carnales, a sus mujeres, a sus esclavas, a sus criados varones fríos, a los niños que no saben aún de las partes femeninas. Que no batan ellas con sus pies de modo que se descubran sus adornos ocultos” (Corán, 24:31).

En cuanto a las relaciones en parejas, el islam permite la poligamia, incluso está reconocida como un derecho del hombre (13) la posibilidad de casarse hasta con un máximo de cuatro mujeres. Para regularlo, la ley dicta que el marido debe ser capaz de atender a todas las esposas por igual y destinar los mismos recursos económicos.

Cabe destacar que tener una familia numerosa estaba muy bien visto dentro de la sociedad islámica, se considera que los hijos son regalos de Alláh (14) y que él proveerá los medios necesarios a la familia para poder criarlos y ser el futuro de la sociedad magrebí en el mundo.

"La riqueza y los niños son el adorno de la vida en este mundo" (Corán 18:46)

Si una mujer daba a su marido suficiente descendencia, este no necesitaría otra esposa, además como la manutención de la familia recae en el hombre (15), no le quedarían recursos para poder permitirse otro matrimonio.

Actualmente, la poligamia sigue existiendo, pero está regulada mediante el Nuevo Código Civil de Familia implantado en 2004. Según esta nueva actualización, al casarse en primeras nupcias la mujer puede firmar un contrato con el hombre en el que este se comprometa a no tomar más esposas. Además, un segundo matrimonio antes de llevarse a cabo debe de contar con la autorización de un juez (16), lo cual está consiguiendo que cada vez sea menos frecuente.

Esta nueva legislación en torno a la vida familiar recogido en la Moudawana o Nuevo Código Civil de Familia, han permitido un empoderamiento de la mujer dentro de una cultura en la que solo destacaba por su función reproductiva (17).

Actualmente la mujer tiene más facilidades para poder acceder a una educación y adquirir puestos de trabajo fuera del hogar familiar. Los nuevos matrimonios buscan estabilidad económica antes de tener hijos, de manera que un 63% de las parejas casadas utilizan métodos anticonceptivos. Esto ha supuesto que la tasa global de fertilidad en Marruecos ha disminuido de seis hijos por mujer en 1980 a 2'5 en 2005 (18), aunque aún existen grandes diferencias entre el entorno urbano y rural.

A pesar de estas cifras cada vez más similares a las de los países occidentalizados, el ratio de mortalidad materna (RMM) sigue manteniendo unas cifras alarmantes, por lo que su reducción se encuentra dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (19): *“Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”*.

Esto último, es el principal responsable de que el embarazo y el parto sigan siendo situaciones de riesgo para las mujeres en Marruecos. El sistema sanitario es pobre y no cuenta con los medios necesarios para poder atender universalmente a todas las mujeres debido a (18):

- Escasez de camas en los hospitales en relación a la proporción de mujeres en edad fértil, unido a la falta de profesionales sanitario especializados en el parto.
- Ausencia de vías de comunicación adecuadas entre ciudades y el medio rural.
- Coste económico elevado.

Además, muchas de las mujeres no confían en el sistema sanitario y prefieren recurrir a practicantes rurales (20) que cuentan con los conocimientos transmitidos de generación en generación sobre la fertilidad y la maternidad.

Sin embargo, estos métodos naturales necesitan la colaboración de la sanidad actual para poder garantizar la salud materna y del niño, por lo que estas prácticas se siguen considerando de riesgo, haciendo que lo planteado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible sea aún una realidad difícil de alcanzar.

3.1.2 Bioética e islam: anticoncepción y aborto

Tanto en Occidente como Oriente, el aborto es un tema controvertido y difícil de legislar, ya que las opiniones a favor o en contra están muy extendidas por toda la población e influenciadas en el mayor de los casos por la religión y la tradición.

El gran inconveniente es que legal o no, la interrupción voluntaria del embarazo se sigue practicando, en muchas ocasiones en unas condiciones higiénicas que ponen en peligro la salud de la mujer. A nivel mundial, cada año se producen 76 millones de embarazos no deseados de los cuales 42 millones terminan en aborto (21).

Antiguamente, aborto era sinónimo de muerte, su práctica no estaba regulada y las complicaciones que tenían asociadas conllevaban la muerte de la madre por lo que era ilegal. Hoy en día, la interrupción voluntaria del embarazo se considera una de las técnicas clínicas más seguras si se realiza según las directrices de WHO (22) (World Health Organization's), sin embargo, clandestinamente origina 1 de cada seis muertes maternas.

3.1.3 Moudawana, el nuevo código de familia.

Aunque Marruecos es un país regido por la fuerte influencia de su cultura tradicional, existe una ley que rige todo lo referente respecto a la familia. La Moudawana, o Código de Familia es la base legal que dirige la vida familiar. El primer escrito, promulgado en 1958 destaca por la subordinación que sufre la figura de la mujer, ya que esta debía contar con la figura de un tutor o *wali* (23,24), es decir un miembro masculino de su familia, para la toma de decisiones.

A partir de ese momento el decreto sufrió varias revisiones hasta 2004, cuando el rey Mohamed VI anunció el Nuevo Código de Familia, una de las reformas más progresistas y con la pretensión de cambiar los roles de género dentro la vida familiar. La *Moudawana* actual se elaboró a partir de la combinación de la *Shari'a* o ley islámica, y decretos internacionales; contando con tres objetivos principales (25): la igualdad entre la pareja, el equilibrio familiar y la protección de los hijos. Sus puntos más importantes son (26):

- ✓ A partir de su mayoría de edad, 18 años, la mujer ya no precisa de un tutor legal para la toma de decisiones.
- ✓ Aumento de la edad mínima para contraer matrimonio hasta los 18, la mujer no necesita el permiso del tutor para contraer matrimonio. Los dos cónyuges compartirán las responsabilidades familiares.
- ✓ La mujer puede incluir una cláusula para prohibir la poligamia dentro del matrimonio.
- ✓ La mujer puede solicitar el divorcio, sin que suponga la pérdida de la custodia de sus hijos, está se dictará según lo más conveniente para los menores.

“Solo el hombre digno dignifica a la mujer y el hombre vil las humilla” (Recogido del Corán para el título preliminar del Nuevo Código de Familia Marroquí, 2004).

A pesar del gran avance que suponía para las mujeres marroquíes, en la parte práctica la *Moudawana* aún no ha alcanzado los resultados esperados; el tradicionalismo y la falta de determinación que impera en los organismos públicos dificultan la aplicación de esta nueva legislación.

Una de las mayores contradicciones recae en que a pesar de aumentar la edad legal para casarse, los matrimonios precoces han aumentado de 18.341 en 2004 a 35.151 en 2012 sólo en la ciudad de Rabat, siendo aún una práctica más habitual en áreas rurales (27), lo cual podría justificarse por la excepción que el propio Código incluye: el Juzgado de Familia puede autorizar el matrimonio aunque una de las partes sea menor de 18 años, siempre que exista un motivo justificado o el menor se encuentre en las capacidades físicas y mentales.

Además, el matrimonio temprano está íntimamente relacionado con la violencia hacia la mujer, ya que en los matrimonios concertados es tres veces más probable la aparición de violencia doméstica (28, 29). Se calcula que un 15% de las mujeres sufre violencia de género al intentar aplicar los derechos recogidos en la *Moudawana* (30).

Si estas medidas suponen un reto en las zonas urbanas y desarrolladas, en el medio rural solo la mitad de la población conoce las nuevas reformas. La alta tasa de analfabetismo entre las mujeres, de las cuales solo un 36% accede a la educación secundaria (31) favorece el desconocimiento de sus derechos.

La aplicación correcta de la *Moudawana*, favorecería la educación y el empoderamiento de la mujer en las nuevas generaciones (32), pero para ello debe pasar de ser una declaración de buenas intenciones, a ser una realidad.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño

Este Trabajo Fin de Grado engloba:

Una investigación cualitativa exploratoria previa realizada a través de un estudio etnográfico el cual permitió conocer la realidad estudiada a través de las personas que viven diariamente: sus pensamientos, reflexiones, creencias culturales y comportamientos respecto a la salud sexual y reproductiva, con el fin de diseñar el Programa de Educación para la Salud (EPS) “Programa para aumentar las habilidades entorno a los métodos anticonceptivos de las mujeres marroquíes residentes en España.”.

“La metodología cualitativa [...] Entiende que lo que piensan, sienten y hacen las personas también constituye/configura la realidad. Los valores, las creencias, las expectativas y las motivaciones explican las actitudes y las conductas de los sujetos en su vida cotidiana. Lo subjetivo es tan realidad como lo objetivo (lo mensurable).” (Ana Berenguera et al) (33).

Dentro de la metodología cualitativa se encuentra la etnografía, la cual se refiere al estudio del modo de vida característico de un grupo de individuos determinado. Lo más llamativo, es que la etnografía requiere que el investigador se introduzca de lleno en la realidad que va a estudiar (34), interactuando como uno más para conocer de primera mano sus costumbres y estilo de vida. Por ello, la etnografía se considera el método más adecuado para el estudio de etnias culturales.

4.2 Muestra

La muestra fue intencional, a conveniencia, se seleccionaron 15 mujeres marroquíes que pertenecían a “ASAIN” Valladolid. Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que:

- Fueran mujeres entre los 20 y 55 años.
- Practicaran la religión islámica.
- Tuvieran conocimientos básicos de español.
- Quisieran participar voluntariamente en el programa.

4.3 Procedimiento

La elaboración de este Trabajo Fin de Grado y el programa de salud que desarrolla se llevó a cabo en diferentes etapas como puede observarse en el siguiente cronograma disponible en el *anexo 1*:

- *Búsqueda bibliográfica*: sobre la anticoncepción dentro de la cultura marroquí y la situación respecto a la salud sexual y reproductiva.
- *Trabajo de campo*: recogida de datos a través de diversos instrumentos:
 - Entrevistas a profesionales expertos sobre el tema: matrona de un centro de salud y coordinadora de ASAIN.
 - Paso de una encuesta a mujeres marroquíes de la asociación a estudio y su posterior entrevista.
 - Observación directa de la autora de este proyecto y otra informante (trabajadora social).
- *Análisis*: de los datos obtenidos mediante codificación y categorización. Posteriormente se realizó una triangulación de las fuentes de información.
- *Elaboración de un informe*: para diseñar un Programa de EPS sobre Planificación Familiar basado en las necesidades detectadas de las mujeres magrebíes de la asociación.
- *Diseño del programa de EPS*: sobre planificación familiar y elaboración de recursos específicos para llevarlo a cabo.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos científicas seleccionando los artículos relacionados con la anticoncepción dentro de la cultura musulmana y el papel de la mujer dentro de la misma, acotando a los que se encuentran dentro de los últimos diez años. Posteriormente se realizó una lectura en profundidad y análisis de los artículos seleccionados.

Las fuentes de información consultadas fueron:

- Bases de datos bibliográficas especializadas en la rama de la salud: Pubmed, Cuiden, Medline Plus y Cochrane.
- Bibliotecas virtuales: Biblioteca de Salud Castilla y León, Scielo
- Buscadores de internet como: Google Scholar y Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS.
- Libros: *Migraciones y Salud*, concretamente el capítulo (Mujeres, reproducción y contracepción en Marruecos) para conocer a fondo el papel de la mujer dentro de la cultura islámica.

Para la búsqueda de información se utilizaron las siguientes palabras clave según los descriptores DeCs y Mesh: “anticoncepción” “planificación familiar” “inmigración” “islam” “mujer” “religión” “cultura” “Moudawana”.

Se decidió ampliar la búsqueda al inglés al haber un mayor campo de información, para ello se utilizaron las mismas palabras clave pero en inglés: “contracepción” “muslims” “women” “culture” “Moudawana” “religion” “islam” “family planning”

Se trata de un estudio etnográfico a través de un diseño exploratorio cualitativo para poder obtener datos sobre la cultura y la situación de las mujeres de la asociación desde dentro, a parte de la revisión bibliográfica en profundidad, se realizaron entrevistas a expertos en la materia y la observación directa por parte de la autora de esta investigación. Los datos recolectados se utilizaron como base para realizar una posterior intervención de Educación para la Salud.

4.4 Instrumentos.

Para recabar información específica sobre el grupo de población del programa de salud se utilizó un cuestionario validado elaborado para la campaña estadounidense “National Survey of reproductive and contraceptive knowledge to prevent teen and unplanned pregnancy 2009” por Guttmacher Center of Population Research Innovation and Dissemination (35) compuesto por 79 ítems en forma de test con opción de multi-respuesta, diseñado para ser administrado en forma de entrevista.

Debido al bajo nivel de español de las participantes, se utilizó una versión reducida del cuestionario seleccionando únicamente diez ítems de tipo test, como puede verse en el Anexo 2. De ellos, dos son en relación a sus datos demográficos, y los ocho restantes

son preguntas básicas sobre métodos anticonceptivos, especialmente DIU y anticonceptivos orales, los dos más utilizados por la población marroquí.

Las preguntas están formuladas en forma dicotómica de verdadero/falso y si/no, por su brevedad y fácil comprensión para la muestra estudiada. Una de las preguntas permite marcar varias opciones de respuesta. Para facilitar su comprensión y garantizar la veracidad de las respuestas se tradujo a árabe y se utilizaron pictogramas y material físico aportado por Cruz Roja Juventud. Para rellenar el cuestionario se necesita un mínimo de 10 minutos.

Con el objetivo de obtener datos directos sobre la inmigración magrebí en Valladolid se tuvo en cuenta la opinión de profesionales expertos en dar atención sanitaria y social a mujeres de esta cultura:

A. Entrevistas:

- Entrevista 1: matrona de un centro de salud de uno de los barrios con mayor número de inmigrantes residentes en él.
- Entrevista 2: coordinadora de la asociación “ASAIN” por su contacto directo con las mujeres de la asociación al impartir clases de español.

B. Cuestionario: información directa obtenida del paso de la encuesta y la charla con las mujeres marroquíes de ASAIN.

C. Opinión de la investigadora principal, después de realizar una profunda búsqueda bibliografía y toma de contacto directa con el entorno, a través de un viaje a Marrakech (Marruecos) y la entrevista a las mujeres de la asociación.

Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas, que pueden verse en el *Anexo 3*, para obtener información de primera mano sobre la situación actual del tema a tratar. El análisis de los datos obtenidos se ha llevado a cabo mediante codificación, es decir, se han establecido cuatro categorías principales: *planificación familiar, religión y cultura, mujer y género y acceso al Sistema Nacional de Salud*. Para asegurar la confidencialidad, se cambiaron los nombres de los entrevistados y se pidió un consentimiento informado verbal, disponible en el *Anexo 4*.

Este proyecto contempla los Convenios y Normas establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter

personal y la bioética, se han pedido permisos y el consentimiento informado verbal a todos los participantes del estudio, y se ha presentado al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería.

5. RESULTADOS

5.1 Resultados de las entrevistas

5.1.1 Entrevista 1.

a) Planificación familiar

En este apartado debemos destacar que los métodos anticonceptivos más demandados por la población musulmana son el DIU y las píldoras anticonceptivas, buscando la opción financiada por la Seguridad Social.

b) Religión y cultura.

Es frecuente que la mujer acuda acompañada de su cónyuge, que suele tener mejor dominio del español que ella, aunque también acuden acompañadas por amigas o mediadoras interculturales.

El islam tiene fama de ser una cultura cerrada, que limita el contacto entre mujeres y hombres. La entrevistada 1 relata la experiencia que vivió con un alumno en prácticas:

“la mujer acudió a la consulta con su marido. Al principio este mostró su desacuerdo en que la explorara un hombre, le expliqué que era un estudiante de enfermería y que dentro de poco estaría en una consulta como uno más, a lo que el marido aceptó y permitió la exploración” (entrevistada A)

c) Mujer y género.

La anticoncepción suele emplearse a partir del primer embarazo y como forma para distanciar los siguientes.

d) Acceso al Sistema Nacional de Salud.

Existe buena adherencia a servicios como el control del embarazo y citologías, a pesar de que no suelen acudir a clases de preparación al parto o talleres similares. La entrevistada 1 opina que puede ser por la diferencia cultural y la barrera del idioma.

5.1.2 Entrevista 2.

Para su análisis también se ha procedido a su división en cuatro temas fundamentales:

a) Planificación familiar.

La asociación no proporciona información sobre métodos anticonceptivos, pero sí incide en la importancia de distanciar los embarazos para evitar la sobrecarga de trabajo a la madre. La entrevistada B refiere que las personas que acuden a la asociación *“tienen aún muy arraigadas sus costumbres de origen, llegan a España con poca intención de cambio”*.

b) Religión y cultura.

Una de las principales barreras a la hora de trabajar con este sector de la población es su desconocimiento del idioma.

“El problema no es que muchas mujeres no hablen español, es que la mayoría son analfabetas en su país de origen” (Entrevistada B)

c) Mujer y género.

El perfil de la magrebí que acude a la asociación suele ser una mujer joven con hijos, interesada en las clases de español que ofertan. Las profesionales utilizan estas clases también para proporcionar información básica:

“Mediante las clases de español también trabajamos la prevención, por ejemplo, en época de gripe hablamos de las medidas universales para evitar contagios” (Entrevistada B)

d) Acceso al Sistema Nacional de Salud.

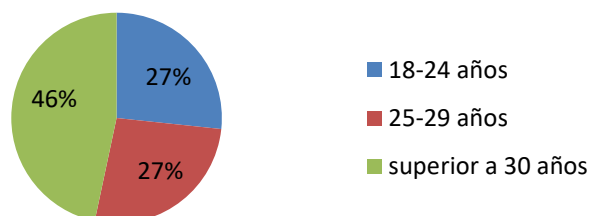
La tarjeta sanitaria es un motivo frecuente de consulta en la asociación, sin embargo, su uso está asociado a la atención médica en caso de urgencia o necesidad, omitiendo la esfera de prevención primaria hacia la que están destinados los centros de salud.

“Todas las mujeres de la asociación tienen un déficit muy importante en salud, a la que no le duele la cabeza, le duele la espalda y así... la barrera del idioma supone que no sigan adecuadamente las recomendaciones cuando van al médico” (Entrevistada B)

En el Anexo 5 pueden observarse un resumen de ambas entrevistas.

5.2 Resultados de los cuestionarios.

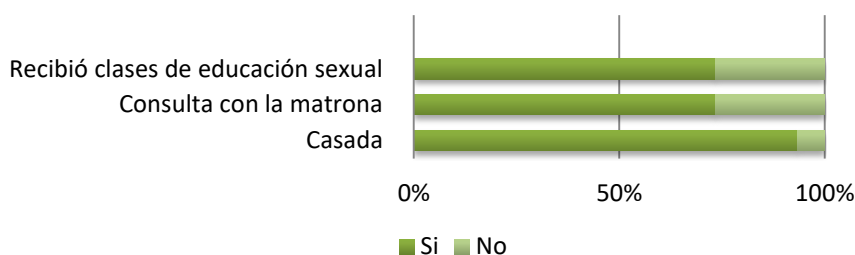
Tabla 1. Edad de las mujeres, elaboración propia



Se observa que en cuanto a la edad de las mujeres podemos dividirlo en dos grupos relativamente equitativos: menores de 30 años y mayores de 30 años.

Dentro de las muestras, todas las mujeres estaban casadas excepto una, coincidiendo que nunca había recibido información acerca de métodos anticonceptivos ni había acudido a la consulta de la matrona.

Tabla 2. Relación entre consulta de la matrona y educación sexual, elaboración propia

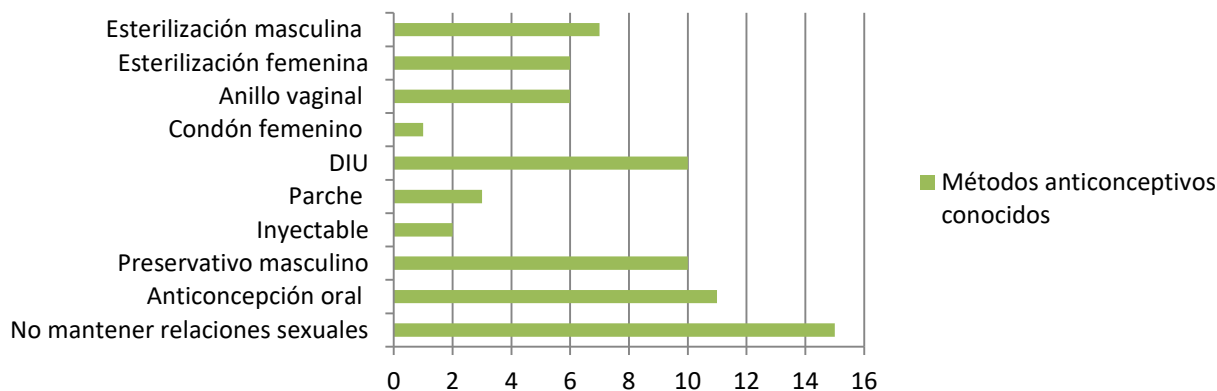


En la gráfica, se puede observar una relación entre las mujeres que han tenido alguna visita a la matrona y aquellas que han recibido clases de educación sexual.

En cuanto a los métodos de planificación familiar, destaca que los más conocidos son la abstinencia, la anticoncepción oral, el preservativo masculino y el DIU. Sin embargo, a pesar de ser los métodos más habituales las mujeres desconocían su funcionamiento y cómo usarlos

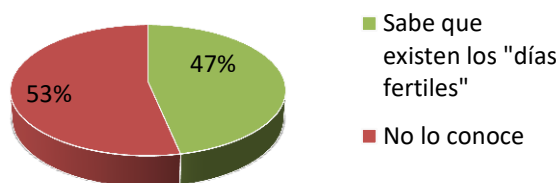
correctamente en el caso de la anticoncepción oral, lo que puede conllevar una protección ineficaz.

Tabla 3. Métodos anticonceptivos conocidos, elaboración propia



El cuestionario también incluía dos preguntas para valorar el conocimiento que las mujeres tienen sobre su propio cuerpo, especialmente en relación con el ciclo menstrual femenino, íntimamente relacionado con la fecundidad de la mujer. Cabe destacar que casi la mitad de las mujeres es consciente de la existencia de un “periodo fértil” dentro del ciclo, pero ninguna fue capaz de explicar exactamente cuándo tenía lugar.

Tabla 4. Ciclo menstrual femenino, elaboración propia



El escaso conocimiento acerca del ciclo menstrual puede relacionarse con el hecho de que el periodo es un tema tabú dentro de esta cultura, por lo que la mayoría de las niñas llegan a la menarquía sin una idea clara sobre cómo funciona el ciclo menstrual.

6. DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

La autora tras la consulta de las fuentes bibliográficas, la observación directa, y el análisis de las entrevistas y las encuestas, recalca la importancia del uso de métodos anticonceptivos en este sector más vulnerable de la población, y la necesidad de que los profesionales de salud tengan en cuenta las diferencias culturales y se involucren en la

atención a la salud reproductiva de estas mujeres ya que aunque en muchos casos emplean métodos anticonceptivos, no los usan de forma adecuada, dando lugar a embarazos no deseados en medios donde los recursos son limitados.

Comparando los datos obtenidos con la bibliografía consultada, se observa que los métodos anticonceptivos más populares entre las mujeres marroquíes son la píldora anticonceptiva seguida por el dispositivo intrauterino (36). La buena aceptación de la píldora se debe a su simplicidad y al hecho de que acorta la menstruación (37), considerada aún un tema tabú para muchas familias magrebíes.

A pesar de esto, la religión y la cultura sigue siendo uno de los principales motivos por los cuáles la tasa de anticoncepción es más baja entre este colectivo de mujeres, unido a la oposición del marido (38,39). Por ello, enfermeras y matronas deben trabajar la planificación familiar con las dos partes de la pareja, ya que la aceptación por parte del cónyuge mejora la tasa de adherencia de las mujeres al método seleccionado (40,41).

Es fundamental que matronas y enfermeras tengan muy presente la cultura en el momento de abordar el tema anticonceptivo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (42), recalca la importancia de los determinantes sociales a la hora de diseñar programas de intervención en la población vulnerable. En la cultura islámica la reducción del tamaño familiar se considera algo negativo (43,44), por lo que el enfoque anticonceptivo debe ir centrado entorno a espaciar los embarazos, para mejorar la salud materna y favorecer una atención adecuada a los hijos.

Además de educar sobre planificación familiar, matronas y enfermeras deben ayudar a las mujeres a conocer su cuerpo. Según los resultados de las encuestas administradas, las mujeres no conocen correctamente el ciclo sexual, lo que influye en que tampoco puedan comprender el funcionamiento de los anticonceptivos, dando lugar a una protección ineficaz.

El acceso universal a la salud sexual y reproductiva y la reducción de la mortalidad materna se encuentra dentro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (45), y las enfermeras tienen un papel fundamental para alcanzar estos objetivos, acercando la anticoncepción a todas las mujeres, independientemente de su cultura o idioma (46) creando programas de salud específicos adaptados para este sector de la población

especialmente vulnerable (47,48), ya que la educación es el arma más importante para favorecer la autonomía de estas mujeres.

El género se ha alzado como un determinante de la salud sexual clave en los últimos años (49), ya que los roles asignados culturalmente a hombres y mujeres influyen directamente en sus prácticas y comportamientos.

En sociedades patriarcales, estas diferencias son notorias adquiriendo las mujeres roles de sumisión, vinculando la actividad sexual únicamente a su función reproductiva. La salud sexual es un derecho (50), como profesionales de enfermería, referentes en el cuidado integral de la población, se debe educar desde la igualdad de género proporcionando la información adecuada sobre salud sexual y anticoncepción, basada en evidencia científica (51), de forma que las mujeres puedan tomar decisiones libres y responsables sobre su cuerpo, separando reproducción de placer.

Mejorar los conocimientos en torno a la sexualidad y la reproducción en las mujeres magrebíes no solo supone un beneficio para ellas, si no que se está fomentando una mejor educación y acceso a la información a las futuras generaciones, de la mano de sus propias madres, por ello es importante la intervención, siempre desde el conocimiento y respeto a las diversas culturas.

Existen escasos programas de salud dirigidos a este sector de la población, lo que en opinión de la autora de esta investigación abre nuevas líneas de estudio en base a este proyecto, para el desarrollo de nuevos programas de salud y la creación de materiales que favorezcan la enseñanza y la comunicación con otras culturas.

7. LIMITACIONES

El presente Trabajo de Fin de Grado presentó como principal limitación la falta de tiempo que impidió la puesta en práctica del programa de salud diseñado, por lo que se propone su puesta en marcha en un futuro por el interés que supone desde un punto de vista tanto sanitario como social.

Aunque existe abundante bibliografía acerca de la anticoncepción en las mujeres musulmanas, es poca la que hace referencia a estudios españoles, siendo la mayoría

datos de sus países de origen, por lo que sería adecuado un mayor estudio de las características de esta población en España.

Además, supuso una dificultad el paso de las encuestas a las mujeres participantes en el estudio debido a que la mayoría no hablaban español con fluidez; por lo que se propone utilizar pictogramas, mediadores interculturales o materiales adaptados para mejorar el proceso comunicativo y asegurar la veracidad de los resultados. Debido a las dificultades en la comunicación, fue necesario reducir la muestra a 15 participantes.

A pesar de ser una proporción reducida resulta suficiente para la investigación cualitativa, ya que este tipo de estudios busca la comprensión no la generalización, por ello las muestras son pequeñas y se triangulan con datos de diferentes fuentes resultado un método científico.

8. CONCLUSIONES

Tras el estudio y realización del presente Trabajo de Fin de Grado se concluye que:

- ✓ Los profesionales de enfermería deben integrar los determinantes sociales a la hora de realizar actividades de promoción de la salud, para ello es fundamental aumentar la formación pregrado y postgrado para incidir en su importancia dentro de la práctica.
- ✓ La mayor parte de población inmigrante en España se encuentra en edad fértil, por ello es importante la aplicación de programas de salud referentes a la salud sexual y reproductiva como el elaborado en este estudio.
- ✓ Las mujeres marroquíes de Valladolid conocen y recurren a la planificación familiar, su elección suelen ser las píldoras anticonceptivas. Por el contrario, no saben utilizar correctamente estos métodos lo que da lugar a una protección ineficaz.
- ✓ Se debe dar la misma importancia a la promoción y al entrenamiento en el uso de métodos anticonceptivos. De nada sirve que la población conozca y utilice planificación familiar sin no lo hace correctamente.
- ✓ Es importante inculcar a la pareja la responsabilidad anticonceptiva, ya que el apoyo del cónyuge mejora la adherencia al método.

- ✓ La anticoncepción proporciona a la mujer la libertad de decidir sobre su cuerpo y de separar la reproducción de la sexualidad.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Castilla-Vázquez Carmen. Mujeres en transición: La inmigración femenina africana en España. Migraciones internacionales. Julio 2017; 9 (2): 144-171.
2. Cano Luis. El nuevo mapa de la inmigración en España. ABC [Internet]. 16 de agosto de 2017, ABC Sociedad. Disponible en: http://www.abc.es/sociedad/abci-nuevo-mapa-inmigracion-espana-201708152227_noticia.html
3. EPA.com, Encuesta de Población Activa en España. [Internet]. EPA.com, 2012 [consultado 6 de abril de 2017] Disponible en: <https://epa.com.es/padron/marroquies-en-espana/>
4. Capote Alberto. Estrategias familiares de los jóvenes marroquíes emigrados a Andalucía (España) en los últimos años. REMHU. 2014; (42): 29-46.
5. Vitale Serena. El estatus de la mujer migrante. Las marroquíes en España [Proyecto de investigación]. Universidad de Alicante; 1999.
6. Blas-Sarmiento Pilar et al. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. Gaceta Sanitaria. 2015; 29 (4): 244-251.
7. Gil Esteban María Dolores, Solano Ruíz María del Carmen. La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. Atención Primaria. 2017; 49(9): 549-556.
8. Heather Barclay et al. Objetivos de desarrollo sostenible, guía de implementación nacional para OSC dedicadas a SDRS [internet]. Londres: Federación internacional de Planificación de la Familia. 2015. Disponible en: https://www.ippf.org/sites/default/files/sdg_a_srh_guide_to_national_implementation_spanish_web.pdf

9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Objetivos de Desarrollo Sostenible: metas [Internet]. Copenhague; Organización Mundial de la Salud Europa; 2018 [Consultado el 6 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>
10. Noticias ONU. La planificación familiar empodera a las mujeres y contribuye al desarrollo. Naciones Unidas. [Online]. 11 de julio de 2017. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2017/07/1382341>.
11. Córdoba Sánchez Paola. El feminismo en los países árabes. Un caso concreto: Marruecos. [Trabajo Fin de Grado]. Universitat Oberta de Catalunya; 2016.
12. Villacé Martín Sheila. Debajo del Hiyab. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad de Valladolid, Grado en Trabajo Social. 2015.
13. Borgno Florencia. Algunas consideraciones acerca de las mujeres en el islam: género y religión. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad de la República, Facultad de Psicología; 2015.
14. Aixelá Yolanda. Mujeres, reproducción y contracepción en Marruecos. En: Josep M.Comelles et al. Migración y salud. 1º edición. Tarragona: publicacions URV; 251-265.
15. El Hamri Najat. Approach to family planning in Muslims community. Fam Plann Reprod Health Care. 2010; 36(1): 27-31.
16. Bendalabbah Fatiha. Islam y derechos de la mujer en Marruecos. Cadernos pagu. 2008, (30): 95-106.
17. Ennaji Moha. Women, gender and politics in Morocco. Scocial Science. 2016; 75 (5): 1-8.
18. Abdesslam Boutayeb. Social Determinants of Reproductive Health in Morocco. African Journal of Reproductive Health, Junio 2011, 15 (2): 57-66.
19. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Mortalidad materna. Actualizado 16 de febrero de 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

20. Newcomb Rachel. Women and reproductive knowledge in the Mediterranean. En: Fatima Sadiqi. Women and knowledge of Mediterranean. 1º edición. New York: Routledge; 2013.
21. Sayari Saeideh, Macer Darryl, Nurani binti Nor Siti. The perception of muslim motifs and juridical authorities of the concept of health and its function in issuing fatwas on abortion. Eubios Journal of Asian and International Bioethics. 2017.
22. Berer Marge. Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization. Health and human rights journal. Junio 2017; 19 (1): 13-27.
23. Ricardo Kirschbaum. Las mujeres marroquíes: poligamia, hiyab, rebeldía y derechos. Clarín [internet]. 28 de noviembre de 2017; Entre mujeres. Disponible en: https://www.clarin.com/entremujeres/genero/mujeres-marroquies-poligamia-hiyab-rebeldia-derechos_0_rkYFT1slz.html
24. Torres Flor. Solidarias ante la injusticia. [internet]. 20 minutos, España; [consultado 22 de abril de 2018]. Disponible en: <https://blogs.20minutos.es/mas-de-la-mitad/tag/moudawana/>.
25. Charrad Mounira. M. Family law reforms in the arab world: Tunisia and Morocco. UNDESA. 2012.
26. Hanafi, Leila. The implimentation of Morocco's 2004 family code moudawana: stock-taking and recommendations. The danish centre for research and information on gender, equality and diversity. 2013.
27. Slaoui Souad. Balancing between the new family law and religious practices and its impact on Moroccan women's lives. Journalism and Mass Comunication. 2015; 5(10): 506-512.
28. N. Schelle Adam. The future of feminism in moroccan progress. 2015.
29. Prettitore Paul. Ten years after Morocco's family code reforms: are gender gaps closing? MENA Knowledge and Learning. 2014, 121.
30. Enquête nationale sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes, (ENPVEF), Haut Commissariat au Plan. 2009.

31. López Díaz Antonio. Yo, en la guardería; mi hermana; en la escuela. El País [internet]. 3 de abril de 2017; Planeta futuro. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2017/02/17/planeta_futuro/1487353889_091951.html
32. Martin Alex. Women empowerment externalities of the 2004 moroccan moudawana reform: intrafamily bargaining and educational attainment. [Tesis doctoral]. The University of Mississippi. 2017.
33. Berenguera Ossó Anna et al. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. 1º edición. Barcelona: IDIAP J. Gol; 2013. New York: Routledge; 2013. 27: 92- 102.
34. Murillo F. Javier, Martínez-Garrido Cynthia. Investigación etnográfica. Universidad autónoma de Madrid; 2010.
35. Guttmacher Institute. National campaign to prevent teen and unplanned pregnancy. Survey of young adults, . San Francisco, 2009.
36. Solana Morete Álvaro, González López José Rafael. Métodos anticonceptivos en las mujeres inmigrantes y el papel de la enfermera: una revisión bibliográfica. Enfermería Global. 2015; 455-466.
37. Paraíso Torras .B et al. Anticoncepción en la mujer inmigrante: influencia de los aspectos socioculturales en la elección del método anticonceptivo. Semergen. 2013; 39(8): 440-444.
38. Mir Ali Mohammad, Shaikh Gu Rashida. Islam and family planning: changing perceptions of health care providers and medical faculty in Pakistan. Global Health: Science and Practice. 2013; 1(2): 228-236.
49. Anderson Tatum. Providing family planning services to women in Africa. Bull World Health Organ. 2017; 95: 614-615.
40. Sultana Farhana et al. Effect of post-menstrual regulation family-planning service quality on subsequence contraceptive use in Bangladesh. International journal of Gynecology and Obstetrics . 2013; 123: 38-42.

41. Bachok Norsa'adah, Noorliza Ismail. Acceptance and knowledge of family planning among muslim women in rural villages of Kelatan. JIMA. 2007; 39: 109-116.
42. Hernández Luis Jorge et al. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. Salud Pública. 2017, 19(3): 393-395.
43. Underwood Carol et al. Religious leaders gain ground in the Jordanian family-planning movement. International Journal of Gynecology and Obstetric. 2013; 123: 33-37.
44. Naciones Unidas, Derechos Humanos. Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos anticoncepción y planificación familiar. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Contra_FamPlan_WEB_SP.pdf
45. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [Internet]. UNDP Benin; Giacomo Pirozzi; Objetivo 5: igualdad de género. [Consultado 30 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-5-gender-equality.html>
46. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [Internet]. UNDP Burkinafaso; Giacomo Pirozzi; Objetivo 3: salud y bienestar. [Consultado 30 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>
47. Arousell Jonna, Carlbon Aje. Culture and religious beliefs in relation to reproductive health. Best Practice and Research Clinical Obstetric and Gynecology. 2016; 32: 77-87.
48. Sapkota Diksha et al. Designing evidence-based family planning programs for the marginalized community: an example of muslim community in Nepal. Frontiers in Public Health. 2016; 4 (122): 1-10.
59. Yago Simón Teresa, Tomás Aznar Concepción. Condicionantes de género en anticoncepción: diseño y validación de un cuestionario. Atención Primaria. 2013; 45(8): 418-425.

50. Tapia-Martínez H et al. Influencia de determinantes de género en la anticoncepción de estudiantes de enfermería y obstetricia mexicanas. *Enfermería Universitaria*. 2017; 14(4): 251-258.
51. Yago T. Jóvenes, anticoncepción y género. Zaragoza: Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer. Universidad de Zaragoza; 2011.
52. Miranda Isabel. Los inmigrantes reactivan el crecimiento de la población en España. ABC [Internet]. 24 de abril de 2018, ABC Sociedad. Disponible en: http://www.abc.es/sociedad/abci-poblacion-espanola-crece-primera-5-anos-hasta-466-millones-aumento-extranjeros-201804241326_noticia.html
53. De Pablo Irene. La población española consolida su crecimiento gracias a la inmigración. EFE.com [Internet]. 12 de enero de 2018. Disponible en: <https://www.efedocanalisis.com/noticia/la-poblacion-espanola-consolida-su-crecimiento-gracias-a-la-inmigracion/>
54. López Garcia Bernabé, Ramírez Angeles. ¿España es diferente? Balance de la inmigración magrebí en España. *Migraciones*. 1997; 1: 41-71.
55. Montoro Gurich Carolina. Marroquíes en España: un análisis por género de los determinantes en las migraciones familiares. *Estudios geográficos*. 2017; 78(283): 445-464.
56. Gobierno de Aragón. Metodología en Educación para la Salud individual y grupal. [Internet] Disponible en www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/ServicioAragonesSalud/Areas/03_Informacion_al_profesional/02_Calidad/MetodologiaEducacionindygrupal.pdf
57. Mazarrasa Alvear Lucía et al. Promoción de la salud en población inmigrante: participación comunitaria y educación entre iguales. [Internet]. 2015. [Consultado 6 de mayo de 2018] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/266216978_Promocion_de_la_salud_en_poblacion_inmigrante_participacion_comunitaria_y_educacion_entre_iguales
58. Alemte7an Books. 27 de diciembre de 2016. ال طمٹ دورة : ال تكاثر ر - ث3 - الأء ىاء [Youtube]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=juqJTZBH>

10. ANEXOS

ANEXO 1: CRONOGRAMA DE TRABAJO.

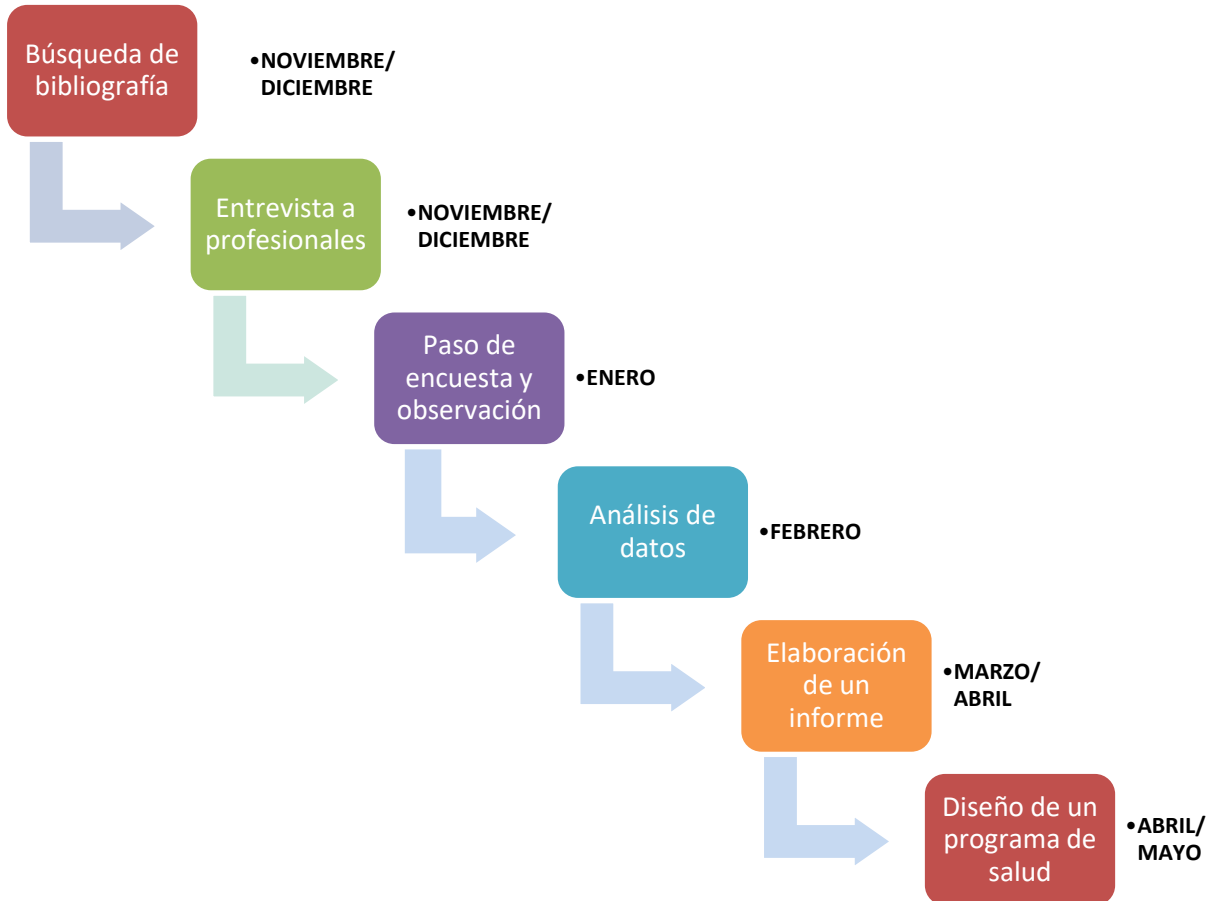


Figura 1. Cronograma de trabajo

ANEXO 2: ENCUESTA ADMINISTRADA A LAS MUJERES DE ASAIN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Soy María Susín Espeja estudiante de 4º de enfermería por la Universidad de Valladolid. El siguiente cuestionario es parte de mi trabajo de fin de grado para la elaboración de un programa de planificación familiar específico para mujeres marroquíes.

La cumplimentación de este cuestionario es totalmente voluntaria y anónima. Muchas gracias por su participación.

1. Indique su rango de edad

- a. <18
- b. 18-24
- c. 25-29
- d. 30 o más

2. ¿Está usted casado?

- a. Si
- b. No

3. ¿Alguna vez ha recibido clases de educación sexual?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

4. ¿Cuál de los siguientes ítems fueron abordados en las clases de educación sexual que usted recibió?

- a. La importancia de usar métodos anticonceptivos si mantiene relaciones
- b. Demostración de cómo usar un condón
- c. A decir NO, si no quiere mantener relaciones
- d. La importancia de tener relaciones después del matrimonio
- e. Los diferentes tipos de anticoncepción
- f. No recibí clases

5. Aunque usted no utilice ningún método, señale si en alguna ocasión ha oído acerca de los siguientes métodos para prevenir embarazos:

- a. No mantener relaciones
- b. Pastillas anticonceptivos (métodos orales)
- c. Preservativo masculino
- d. Inyectables
- e. Parche anticonceptivo
- f. DIU, dispositivo intrauterino

- g. Diafragma, copa cervical o condón femenino
- h. Anillo vaginal
- i. Espermicida
- j. Esponja vaginal
- k. Dispositivos implantables (tubos en el brazo)
- l. Métodos naturales
- m. Marcha atrás
- n. Esterilización femenina
- o. Esterilización masculina
- p. Píldora de emergencia o “pastilla del día después”

6. ¿Alguna vez ha acudido al ginecólogo, matrona o algún servicio relacionado con la salud de la mujer?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

7. De las siguientes frases sobre la píldora anticonceptiva, señale cuál son verdaderas y cuáles falsas

- a. La píldora anticonceptiva es efectiva incluso si la mujer olvida tomársela dos o tres días
Verdadero/Falso No sabe
- b. Las mujeres deben descansar de la píldora cada varios años
Verdadero/Falso No sabe
- c. Si la mujer presenta efectos secundarios al tomar un tipo de píldora, buscar otro tipo o marca puede ayudar
Verdadero/Falso No sabe
- d. Las píldoras anticonceptivas reducen el riesgo de sufrir determinados tipos de cáncer en las mujeres
Verdadero/Falso No sabe
- e. Una vez que una mujer deja de tomar la píldora, no se puede quedar embarazada al menos durante dos meses
Verdadero/Falso No sabe
- f. Antes de tomar la píldora anticonceptiva, se debe hacer un examen pélvico a la mujer
Verdadero/Falso No sabe

8. De las siguiente frases acerca del dispositivo intrauterino, señale cuáles son verdadera y cuáles falsas

- a. Todos los DIU están prohibidos en España
Verdadero/Falso No sabe
- b. Una mujer no puede usar DIU hasta que no haya tenido un hijo
- c. **Verdadero/Falso No sabe**
- d. Las mujeres que usan DIU no pueden usar tampones
Verdadero/Falso No sabe

- e. Para colocarse un DIU, la mujer debe someterse a una operación
Verdadero/Falso No sabe
- f. El DIU no se nota durante la relación sexual
Verdadero/Falso No sabe
- g. El DIU puede moverse dentro del cuerpo de la mujer
Verdadero/Falso No sabe

9. Durante el ciclo mensual de la mujer, es cierto que hay unos días donde es más probable quedarse embarazada si mantiene relaciones?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

10. En caso afirmativo, ese tiempo es....

- a. Justo antes de la menstruación
- b. Durante la menstruación
- c. Justo cuando termina la menstruación
- d. A la mitad entre dos periodos
- e. No sabe

ANEXO 3: ENTREVISTAS A EXPERTOS

Entrevista Matrona del Centro de Salud de Delicias (Valladolid Este)

Respecto a las mujeres marroquíes que acuden a la consulta...

1. ¿Vienen de su país de origen con algún método anticonceptivo o los solicitan por primera vez aquí?
2. ¿Tienen buena adherencia a ellos?
3. ¿Cuál es el que más solicitan? ¿Por qué eligen ese método?
4. ¿Suelen acudir solas o acompañadas por el marido?
5. ¿Utilizas algún recurso especial (por ejemplo, material adaptado a su idioma o pictogramas) en la consulta?
6. ¿Algo más que añadir?

Entrevista representante de la Asociación de Ayuda al Inmigrante

Respecto a los inmigrantes de origen magrebí...

1. ¿En qué condiciones llegan a nuestro país?
2. ¿Realizáis alguna intervención especial con las mujeres marroquíes?
3. ¿Les proporcionáis alguna información sobre planificación familiar? ¿Os la demandan?
4. ¿Abordáis otros temas relacionados con la salud?
5. ¿Conocen nuestro sistema de salud? ¿Saben cómo acceder a él?
6. ¿Algo más que añadir?

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO VERBAL

La siguiente entrevista es para un estudio que efectúa María Susín Espeja, estudiante de 4º de enfermería por la Universidad de Valladolid.

Esta investigación reunirá información sobre los conocimientos sobre métodos anticonceptivos que tienen las mujeres magrebíes de la Asociación de Ayuda al Inmigrante (ASAIN).

La entrevista incluirá preguntas sobre el uso de métodos de planificación familiar, el ciclo sexual femenino y el acceso a los servicios de salud propios de la mujer. A la mayoría de las personas les tomará unos diez minutos responder a las preguntas.

Los nombres de las personas que acepten participar en el estudio y completar la encuesta no quedarán registrados. La participación es voluntaria, así mismo pueden negarse a responder cualquier pregunta o expresar sus dudas en cualquier momento.

Todos estos aspectos de la investigación han sido totalmente traducidos a los voluntarios en su lengua materna, el árabe.

María Susín Espeja

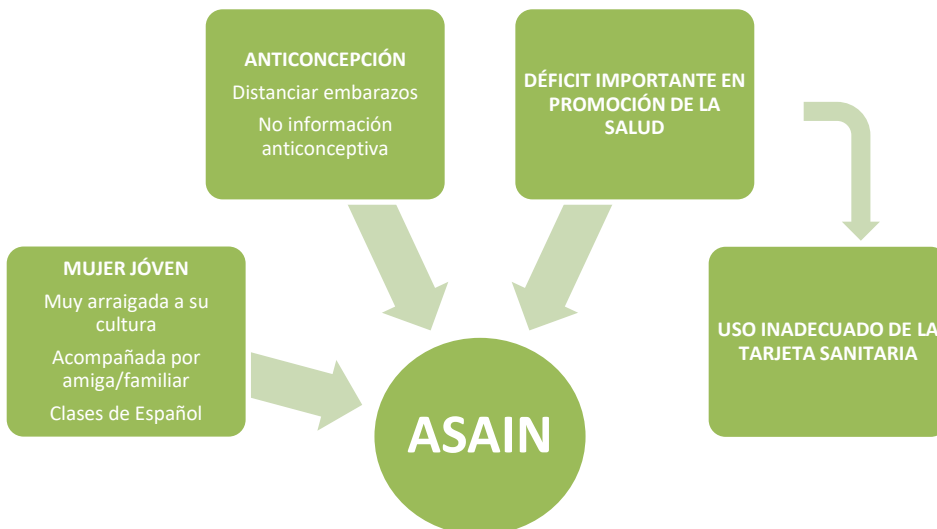
Valladolid, a 22 de febrero de 2018.

ANEXO 5: MAPAS CONCEPTUALES DE LAS ENTREVISTAS.

Tabla 5. Entrevista 1, elaboración propia



Tabla 6. Entrevista 2, elaboración propia



ANEXO 6: DESARROLLO DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Un programa de educación para la salud es un conjunto de actividades con la finalidad de educar a la población en torno a la salud. Para realizar este tipo de actividades, es necesario la evaluación continua de los resultados, para comprobar que se alcanzan las metas y objetivos fijados.

A continuación, se presenta un programa de salud específico para mujeres inmigrantes marroquíes elaborado a partir de los datos obtenidos en esta investigación.

Datos técnicos e identificación del programa.

- **Título:** Programa para aumentar las habilidades entorno a los métodos anticonceptivos de las mujeres marroquíes residentes en España.
- **Lugar:** Sede de la Asociación de Ayuda al Inmigrante (ASAIN) en Valladolid. El programa se llevará a cabo en la sala más amplia de la asociación.
- **Población diana:** mujeres marroquíes en edad fértil afiliadas a dicha asociación.
- **Recursos necesarios:**
 - o *Humanos:* una matrona y una mediadora intercultural, preferentemente de origen magrebí.
 - o *Recursos materiales:* sillas, mesas, rotuladores, muestras de métodos anticonceptivos, maquetas anatómicas del aparato reproductor femenino, ordenador, proyector, pizarra, productos de higiene femenina básica: compresas, tampones, salvasilip y copa menstrual, rotuladores, cartulinas.
- **Tiempo de aplicación:** se llevará a cabo en cuatro sesiones durante cuatro semanas, después de las clases de español, de 12:00 a 13:30, que se imparten en la propia asociación. La evaluación se llevará a cabo una semana después de finalizar el programa.

Definición y justificación del programa

A pesar de que la crisis supuso una caída en los flujos migratorios para España, los últimos datos referentes a 2017 hacen referencia a un aumento de la población inmigrante empadronada (52). Actualmente, el 10,1% de la población total es inmigrante y como afirma Antonio Izquierdo, catedrático en Demografía y Sociología

de la Universidad de La Coruña (53): “*El depósito de inmigrantes está creciendo, la inmigración ya forma parte de la estructura social española y va a ser así siempre*”.

En relación a estos datos, la sanidad española debe ser capaz de afrontar las necesidades de este sector de la población (54), comenzando desde la prevención primaria como es la educación para la salud. Además, las oportunidades de trabajo han condicionado que gran parte de la población inmigrante sean mujeres (55), la mayoría en edad fértil y con una concepción referente a la maternidad diferente a la de mujeres autóctonas.

Debido a la diferencia cultural, los programas de salud ya existentes pueden no resultar efectivos, teniendo en cuenta que el idioma supone una dificultad añadida a la hora de realizar educación sanitaria, siendo necesaria la elaboración de proyectos específicos, más dinámicos y que favorezcan la relación de feed-back entre el profesional y los participantes para crear un clima de confianza.

Por esta situación a la orden del día en nuestra sociedad, se propone este programa de salud que sirva de apoyo a los profesionales en su atención sanitaria a las mujeres inmigrantes, especialmente marroquíes en este caso, para facilitar la educación sanitaria en torno a la planificación familiar.

Definición del grupo de incidencia crítica y población diana.

El grupo de incidencia estará formado por mujeres marroquíes que se encuentren afiliadas a ASAIN. El perfil de las participantes debe ser el de una mujer que se encuentre en edad fértil, con edades comprendidas entre los 20 y los 55 años, con nociones básicas sobre español y escasos conocimientos acerca de la salud sexual y la planificación familiar, con interés en ampliar sus conocimientos respecto a estos temas.

Se ha decidido excluir del grupo a la población adolescente, ya que se considera que este sector de la población debe recibir una educación para la salud enfocada en una metodología diferente que la población adulta para alcanzar los objetivos marcados.

– Definición y análisis de la población diana

Para llevar a cabo el programa se seleccionarán un máximo de 15 mujeres, que se encuentren entre los 20 y 55 años de edad, que cumplan las características mencionadas anteriormente.

Aunque uno de los requisitos es un mínimo conocimiento del español, el programa contará con una mediadora cultural para facilitar la comprensión de los conceptos y crear un proceso de comunicación más fluido, favoreciendo la confianza al ser una persona de su misma cultura. Por este motivo, el grupo debe ser reducido para asegurar un trato más directo por parte de los profesionales.

Captación de la población

La promoción del programa se realizará durante las clases de español que se imparten en la misma asociación. Los profesionales que van a llevar a cabo el proyecto acudirán dos semanas antes de la puesta en marcha para explicarles a las mujeres en qué consiste.

Las interesadas se podrán apuntar voluntariamente hasta cerrar grupo, como máximo una semana antes de la primera sesión. Una vez cerrado el grupo, se pasará una encuesta, como la que puede verse en el Anexo 2, a las participantes para poder valorar sus conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y tenerlos en cuenta a la hora de realizar las actividades, incidiendo más sobre aquello que desconocen. De este modo, se busca la libre elección de la mujer, para que participen aquellas con la necesidad sentida de mejorar sus conocimientos sobre métodos anticonceptivos y sexualidad. La participación voluntaria favorece la implicación de la persona en las sesiones y talleres, lo que ayudará a la puesta en marcha y mejorará los resultados.

Formulación de objetivos

Objetivo general: mejorar las habilidades de las mujeres marroquíes inmigrantes respecto a planificación familiar, incidiendo en el uso correcto de estos métodos para que sean seguros.

Objetivos específicos:

Al finalizar el programa las mujeres participantes serán capaces de:

- ✓ Identificar al menos tres métodos anticonceptivos y su uso.
- ✓ Destacar la importancia de distanciar los embarazos, por seguridad tanto materna como infantil.
- ✓ Conocer mejor su propio cuerpo, cómo es anatómicamente y cómo funciona para vivir mejor su sexualidad.

- ✓ Identificar a la matrona como referente de salud sexual y reproductiva, a la que pueden acudir en caso de duda o consejo.

Selección de la metodología educativa.

La metodología educativa que se va a emplear serán sesiones presenciales grupales durante cinco semanas, basadas en técnicas de desarrollo de habilidades, que permita el aprendizaje de aptitudes concretas mediante simulaciones, entrenamientos y demostraciones prácticas (56). Al tratarse de población con un escaso conocimiento del idioma se recurrirá mayoritariamente a material visual como proyecciones, maquetas, pictogramas en el idioma natal, imágenes o gráficos que faciliten la comprensión del tema a tratar. Este programa de promoción de la salud está basado en la estrategia de “participación comunitaria” (57), que consiste en una participación activa de la población diana, basando las actividades en las necesidades extraídas del análisis del propio grupo de participación.

El taller será impartido por una matrona y una mediadora intercultural de origen árabe para facilitar el proceso de comunicación y la elaboración de materiales adaptados a la lengua materna.

Actividades

A continuación, se presenta la tabla 7 con las actividades que constituyen el programa:

Tabla 7. Actividades del programa

PRE-SESIÓN	20 y 27 de junio de 2018	Promoción del programa
1º SESIÓN	4 de julio de 2018	<p>Actividad 1. Dinámica de presentación</p> <p>Actividad 2. Conocemos nuestro cuerpo.</p> <p><i>Reflexión</i></p>

2° SESIÓN	11 de julio de 2018	<p>Actividad 3. Desmontando mitos: el periodo.</p> <p>Actividad 4. Taller: collar del ciclo.</p> <p><i>Reflexión</i></p>
3° SESIÓN	18 de julio de 2018	<p>Actividad 5. Descubriendo los métodos anticonceptivos.</p> <p><i>Reflexión</i></p>
4° SESIÓN	25 de julio de 2018	<p>Actividad 6. La salud y la pareja</p> <p><i>Reflexión</i></p>
5° SESIÓN	1 de agosto de 2018	<p>Actividad 7. Evaluación</p>

Descripción de las actividades

Actividad 1. Dinámica de presentación.

Las participantes se colocarán en círculo, formando ese mismo círculo se encontrarán también la matrona y la mediadora cultura que se encargarán de dirigir la actividad. Comenzará presentándose la matrona, indicando su nombre, su profesión y lo que pretende realizar a lo largo de los diferentes talleres, de una forma cercana y accesible. Después será el turno de presentación de la mediadora cultura, mostrándose como un apoyo al que pueden recurrir si tienen dificultades para expresarse o entender.

A partir de ahí, las mujeres se irán presentando, empezando por aquella que se encuentra al lado de la mediadora cultural. Deben indicar su nombre, edad, si tienen hijos y qué esperan de estas reuniones. Una vez que todas hayan finalizado se les entregarán unas tarjetas identificativas, donde deben escribir su nombre (incluidas la

matrona y la mediadora). Al final de cada sesión, las tarjetas se guardarán en la asociación con el resto del material utilizado y se volverán a entregar en la siguiente

Tabla 8. Actividad 1

Duración: 30 minutos	Objetivo al que responde: Identificar a la matrona como referente de salud sexual y reproductiva, a la que pueden acudir en caso de duda o consejo
Materiales: sillas, tarjetas identificativas, rotuladores.	

Actividad 2: Conocemos nuestro cuerpo.

Se harán grupos de tres mujeres, cada grupo tendrá una mesa con una maqueta anatómica del aparato reproductor femenino y una ficha con esas mismas partes y su nombre en árabe. Todas las maquetas deben estar sin montar. La matrona irá cogiendo cada parte y colocándola en su sitio, mientras explica su función de una forma básica y general. Las mujeres deben localizarla en la ficha y colocarla también en la maqueta.

Durante la actividad podrán preguntar todas las dudas que les surjan. Finalmente, la maqueta se volverá a desmontar y cada grupo saldrá a colocar un parte explicando para qué sirve.

En todas las sesiones, se reservarán los 10 minutos finales para volver a sentarse en círculo y que las mujeres puedan explicar cómo se han sentido durante la sesión: si les ha gustado la temática, si ya lo conocía, si tienen alguna duda etc. También es importante que la matrona se interese por conocer cómo explican estos temas en su país de origen, por ello el momento de reflexión es una oportunidad excelente para realizar un intercambio cultural de experiencias y opiniones entre las participantes y los profesionales.

Tabla 9. Actividad 2

Duración: 60 minutos	Objetivo al que responde: Conocer mejor su propio cuerpo, cómo es anatómicamente y cómo funciona para vivir mejor su sexualidad
Materiales: mesas, sillas, maquetas de pelvis femenina, ficha árabe.	

Actividad 3. Desmontando mitos: el periodo.

Para esta actividad se utilizará un póster formado por las diferentes fases del ciclo menstrual. Si la sala contara con proyector podría emplearse este directamente. La matrona utilizará esta imagen para explicar cómo funciona el ciclo menstrual y en qué consiste el periodo. Cada mujer tendrá un folio con esta figura y una rueda para visualizar las diferentes etapas e ir siguiendo las explicaciones de la matrona.

Para favorecer la comprensión, se reproducirá un vídeo acerca del ciclo menstrual totalmente en árabe (58).

Posteriormente, se distribuirán muestras de tampones, compresas, *salvaslip* y tres copas menstruales. La matrona hablará acerca de la correcta higiene durante el periodo y los diferentes productos disponibles. Las participantes volverán a colocarse en grupos de 3 alrededor de las maquetas para practicar la colocación de los diferentes productos.

Tabla 10. Actividad 3

Duración: 60 minutos	Objetivo al que responde: Conocer mejor su propio cuerpo, cómo es anatómicamente y cómo funciona para vivir mejor su sexualidad
Materiales: sillas, mesas, póster, folios con imágenes, 1 rueda del ciclo menstrual	

para cada mujer, maquetas de pelvis femenina, 2 cajas de compresas, 2 cajas de tampones, 2 cajas de salvaslip y 3 copas menstruales.	
--	--

Actividad 4. Taller: collar del ciclo.

Las participantes se dispondrán alrededor de una mesa para la elaboración de un collar con cuentas o abalorios grandes. Cada abalorio representa un día del ciclo menstrual. Para los días de regla, se utilizarán abalorios rojos, para los días fértiles abalorios rosas y para los infértiles abalorios blancos.

En total el collar contará con 28 cuentas, pero cada mujer puede adaptarlo según la duración de su ciclo. La matrona debe aclarar que este sistema solo sirve para calcular aproximadamente la fecha del periodo, no como método anticonceptivo. Durante el momento de la *reflexión* se puede dialogar sobre cómo vivieron su primera menstruación, que artículo de higiene les parece más cómodo etc.

Tabla 11. Actividad 4

Duración: 30 minutos	Objetivo al que responde: Conocer mejor su propio cuerpo, cómo es anatómicamente y cómo funciona para vivir mejor su sexualidad
Materiales: abalorios, hilo de seda.	

Actividad 5. Descubriendo los métodos anticonceptivos.

Las participantes se sentarán en grupos de tres, cada mesa tendrá una muestra de cada método anticonceptivo, una maqueta de pelvis femenina y folletos informativos como los que pueden verse en el Anexo 7. La matrona irá explicando el funcionamiento de cada uno y como se coloca, para que las mujeres puedan practicar con las muestras que

tienen en las mesas. Al final cada grupo debe comentar cuál les parece el mejor método y por qué. Los métodos de los que se hablará son:

- Píldoras anticonceptivas.
- Dispositivo intrauterino.
- Anillo vaginal.
- Parches transdérmicos.
- Implantes e inyecciones.
- Métodos definitivos: esterilización masculina y femenina.
- Métodos barrera: preservativo
- Anticoncepción de emergencia.

Además, las mujeres recibirán información acerca de la consulta de la matrona en atención primaria, donde pueden recibir consejo individualizado sobre la planificación familiar, pudiendo acudir con su marido si desean una decisión conjunta.

Tabla 12. Actividad 5

<p>Duración: 1 hora y 15 minutos</p>	<p>Objetivo al que responde: Identificar al menos tres métodos anticonceptivos y su uso.</p> <p>Destacar la importancia de distanciar los embarazos, por seguridad tanto materna como infantil.</p>
<p>Materiales: mesas, sillas, muestras de métodos anticonceptivos (1 por cada grupo), folletos (1 por mujer)</p>	

Actividad 6. La salud y la pareja.

Las participantes y la coordinadora se colocarán en semicírculo frente a una pizarra donde este colgado el póster de los derechos sexuales y reproductivos. La matrona junto con las participantes irá comentando cada derecho en que consiste y si creen que se cumple.

Después las mujeres en grupos de tres tendrán cada una que plasmar un derecho en un folio, mediante un dibujo o lo que crean más conveniente para luego juntar todos y crear su propio cartel sobre los derechos sexuales y reproductivos.

Durante la reflexión, la matrona y la mediadora cultural darán por finalizado el taller, recalcando la importancia de difundir todo lo que han aprendido a lo largo del programa para que todas las mujeres tengan la oportunidad de conocer sus derechos sexuales y reproductivos y así ponerlos en práctica.

Tabla 13. Actividad 6

<p>Duración: 1 hora 15 minutos</p>	<p>Objetivo al que responde: Identificar a la matrona como referente de salud sexual y reproductiva, a la que pueden acudir en caso de duda o consejo</p>
<p>Materiales: sillas, mesas, pizarra, póster con los derechos sexuales y reproductivos, cartulina, folios, rotuladores y pegamento.</p>	

Actividad 7. Evaluación.

La evaluación tendrá lugar una semana después de haber finalizado el taller y se llevará a cabo pasando de nuevo la encuesta que se utilizó para valorar el conocimiento de base que tenían las mujeres de la asociación sobre salud sexual y reproductiva.

ANEXO 7. RECURSOS PARA LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE SALUD.



Figura 2. Folleto 1 información DIU (español), elaboración propia



Figura 3. Folleto 1 información DIU (español), elaboración propia



Figura 4. Folleto 1 información DIU (árabe), elaboración propia

ما هو اللولب؟

إنه جهاز في شكل مظلة مدخلة في الرحم. يمنع العرس ويخلق بيئة معادية للحيوانات المنوية

إنه جهاز في شكل مظلة مدخلة في الرحم. يمنع العرس ويخلق بيئة معادية للحيوانات المنوية



3-5 سنوات الحماية لمدة
سنوات اعتماداً على
الجهاز

كيف يتم وضعه؟

من قبل طبيب نسائي من خلال المهبل. إنه ليس عملية جراحية. يمكنك إزالته عندما تريد.

من قبل طبيب نسائي من خلال المهبل. إنه ليس عملية جراحية. يمكنك إزالته عندما تريد.

من قبل طبيب نسائي من خلال المهبل. إنه ليس عملية جراحية. يمكنك إزالته عندما تريد.



تصويرات متكررة

هناك اللولب للمرأة التي لم يكن لديها أطفال. يمكن أن تتخذ الهرمونات التي تطلق من تريف الدموي اللولب مع الهرمونات هو أكثر فاعلية. لا تلاحظ أثناء العلاقات.

هناك اللولب للمرأة التي لم يكن لديها أطفال. يمكن أن تتخذ الهرمونات التي تطلق من تريف الدموي اللولب مع الهرمونات هو أكثر فاعلية. لا تلاحظ أثناء العلاقات.

هناك اللولب للمرأة التي لم يكن لديها أطفال. يمكن أن تتخذ الهرمونات التي تطلق من تريف الدموي اللولب مع الهرمونات هو أكثر فاعلية. لا تلاحظ أثناء العلاقات.



هل سألاحظ ذلك؟

اللولب لا يمنع ، لذلك من المستحسن التحقق من كل مرة يتم وضعها بشكل صحيح من خلال الخلاقات

Figura 5. Folleto 1 información DIU (árabe), elaboración propia

CONSEJOS PARA UN BUEN USO DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA



PLANIFICACIÓN FAMILIAR

¿Tienes dudas?

MARÍA SUSÍN ESPEJA

María Susín Espeja
 Twitter: Maru_s42
 masues42gmail.com

Figura 6. Folleto 2 información píldora (español), elaboración propia



Figura 7. Folleto 2 información píldora (español) elaboración propia



Figura 8. Folleto 2 información píldora (árabe) elaboración propia

كيفية يجب أن أقوم بذلك؟

حبوب منع الحمل

- إذا لم تكن غير آمن ، استفسر عن مآثرون
بسيطة تتوافق مع الرضاعة الطبيعية
من المهم معرفة ما إذا كنت تأخذ اللبسطة أو
الوسادة المجمعة
- إذا لم تكن غير آمن ، استفسر عن مآثرون
بسيطة تتوافق مع الرضاعة الطبيعية
من المهم معرفة ما إذا كنت تأخذ اللبسطة أو
الوسادة المجمعة
- من المهم معرفة ما إذا كنت تأخذ اللبسطة أو
الوسادة المجمعة
بسيطة تتوافق مع الرضاعة الطبيعية
إذا لم تكن غير آمن ، استفسر عن مآثرون

أيام الاستراحة سيكون لديك
القاعدة
خذ معك دائماً
استخدم إنذار لتذكيرك
خذها دائماً في نفس الوقت
أيام الاستراحة سيكون لديك
القاعدة
خذ معك دائماً
استخدم إنذار لتذكيرك
خذها دائماً في نفس الوقت
أيام الاستراحة سيكون لديك
القاعدة
خذ معك دائماً
استخدم إنذار لتذكيرك
خذها دائماً في نفس الوقت

ماذا لو نسيت؟

- ب منع الحمل مجتمعة وانتقلت أكثر
عليك استخدام طريقة إضافية خلال
أيام السبعة التالية
- من الحبوب بسيطة ، هم فقط 4
- من اللقيء أو الإسهال ، فيجب عليك
استخدام حماية إضافية



Figura 9. Folleto 2 información píldora (árabe) elaboración propia