

SALUD REPRODUCTIVA DE MUJERES AFRICANAS EN SITUACIÓN DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL: ESTUDIO DE CASO

REPRODUCTIVE HEALTH OF AFRICAN WOMEN IN INTERNATIONAL PROTECTION: CASE STUDY

Daniela Marín Román

Facultad de Trabajo Social. Universidad de Murcia.

Emilia de los Ángeles Iglesias Ortúño

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Murcia.

Resumen: El siguiente estudio permite describir en el imaginario cultural del embarazo de una mujer africana siendo solicitante de Protección Internacional a través de una aproximación hermenéutica sobre la percepción de su proceso reproductivo en un país en el que presenta barreras legales, idiomáticas, culturales y sociales y cómo los desafíos asociados a su situación migratoria y la adaptación intervienen en su proceso de embarazo, parto y puerperio inmediato. Esta investigación se ha llevado a cabo a través de una metodología de corte cualitativo, utilizando la estrategia de Estudio de Caso simple, empleando la técnica de la entrevista semiestructurada. Los principales resultados de la investigación revelan la situación de vulnerabilidad de las mujeres con respecto a la educación en salud reproductiva casi inexistente que asumen en su país de origen, lo que aumenta el riesgo de vulnerabilidad social si no encuentran en el país de acogida un correcto acceso a la información y a los servicios de salud.

Palabras Clave: Salud reproductiva; embarazo; mujeres africanas; protección internacional; migración.

Abstract: The following study aims to describe the cultural imaginary surrounding the pregnancy of an African woman who is an applicant for International Protection. It does so through a hermeneutic approach to understanding her perception of the reproductive process in a country where she faces legal, linguistic, cultural, and social barriers. The study explores how the challenges associated with her migratory status and the process of adaptation influence her experience of pregnancy, childbirth, and the immediate postpartum period. This research was conducted using a qualitative methodology, specifically a simple Case Study strategy, employing the technique of semi-structured interviews. The main findings reveal the vulnerability of these women due to the near absence of reproductive health education in their countries of origin, which increases their risk of social vulnerability if they do not find proper access to information and health services in the host country.

Keywords: Reproductive health; Pregnancy; African women; International Protection; Migration.

Referencia normalizada: Marín, D. e Iglesias, E. A. (2025). Salud reproductiva de mujeres africanas en situación de protección internacional: estudio de caso. *Trabajo Social Hoy* 104(1), págs. 1-23. Doi: 10.12960/TSH.2025.0019

Correspondencia: Emilia Iglesias Ortúño. Email: ea.iglesiasortuno@um.es

1. INTRODUCCIÓN

Las diferencias culturales desempeñan un papel crucial en la percepción y gestión de la salud reproductiva. Las diversas creencias, valores y prácticas culturales influyen en cómo las personas entienden y manejan su salud reproductiva, «la cultura juega un papel crucial en la forma de entender las experiencias y significados de la salud sexual» (Gómez *et al.*, 2016). Buxxi y Sy (2020, como se citó en Leal *et al.*, 2022): «Las experiencias vividas por las migrantes, tanto en su vida como en el sistema de salud, influyen en las acciones que tomen respecto a están» (p. 119).

En el contexto migratorio, las expectativas y las diferencias culturales se vuelven especialmente relevantes, las mujeres migrantes traen consigo sus propias perspectivas culturales sobre la salud reproductiva, que pueden diferir significativamente de las normas y prácticas del país receptor. «Las manifestaciones, expresiones y costumbres con respecto a la salud y enfermedad que cambian de una cultura a otra, incluso dentro del mismo sistema cultural» (Suárez y Plaza, 2018, p. 30). A lo que añaden Luque y Oliver (2005) una descripción de las diferencias en la percepción y vivencia del parto entre mujeres inmigrantes:

Tabla 1. Diferencias en la percepción y vivencia del parto entre mujeres inmigrantes

En relación con el sentido del pudor.	<p>Constatamos cómo algunas mujeres, sobre todo norteafricanas, manifiestan reticencias para ser examinadas ginecológicamente por varones.</p> <p>El pudor no se produce solo con profesionales sanitarios, sino que en ocasiones se extiende a todo el sexo masculino.</p>
Percepción y actitud ante el dolor durante las contracciones de parto.	<p>Observamos, en general, que las mujeres procedentes de Europa del Este y del África Subsahariana son estoicas en su comportamiento. En las africanas, las muecas de dolor son principalmente faciales y los movimientos corporales son míimos. Cuando el dolor de la contracción llega al máximo, hacen sonidos guturales difíciles de describir. Además, es habitual en casi todas las mujeres de esta procedencia que sus rostros denoten miedo, así como problemas en la comunicación verbal.</p>

Acompañamiento durante el parto.	<p>En general, los varones musulmanes son los más reacios al acompañamiento.</p> <p>Mujeres inmigradas de todas las procedencias que cuentan con apoyo social y familiar, en ocasiones prefieren ser acompañadas por alguna amiga o un miembro femenino de su familia. Sin embargo, cuando no tienen familiares, pueden venir a parir acompañadas por amigas, generalmente compatriotas que llevan más tiempo en nuestro medio y conocen mejor el idioma y las características de la asistencia sanitaria, haciendo las funciones de acompañamiento activo durante el proceso de parto, así como de traducción y mediación ante el personal sanitario. Se produce así un fenómeno de solidaridad de género y de grupo. Este fenómeno se observa entre las mujeres norteafricanas y las europeas del Este; sin embargo, prácticamente no se da entre las mujeres subsaharianas, que normalmente vienen a parir solas.</p>
Vivencia y percepción del parto.	En nuestra cultura intervencionista occidental se espera que las mujeres de parto acepten todas las normas y cuidados que se les brindan, y que respondan a las órdenes dadas por el personal sanitario, lo que choca con algunas de estas mujeres, que pueden no atenerse a las directrices prescritas.
Interacción con el recién nacido.	Habitualmente se producen manifestaciones emocionales espontáneas de alegría y cariño, acompañadas de gestos que las refuerzan, como pueden ser besos, caricias o comentarios cariñosos hacia el recién nacido.

Nota: Adaptado de Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigradas, por Luque y Oliver, 2005, *IndexEnferm*, 48(49).

Tras este análisis resulta oportuno recalcar la idea de Luque y Oliver (2005) donde se toma el modelo biomédico como hegemonicó, como el mejor de los modelos, con una falta de reflexión sobre los sesgos culturales del propio sistema. A su vez, no hay dos culturas idénticas, ni personas dentro de la misma cultura con los mismos patrones, las expectativas individuales también juegan un papel importante en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Datos sobre migración africana en España

Abordar la inmigración permite reflejar las necesidades de las personas migrantes en el país de acogida, en el caso de la migración en España, la cual, ha aumentado significativamente en las últimas décadas y centrándonos en la migración procedente de países en vías de desarrollo, destacando que, como afirma la Organización Internacional para las Migraciones (en adelante, OIM), «las tres cuartas partes de los inmigrantes en el mundo proceden de los países en vías de desarrollo» (OIM, 2013). Nos encontramos en una sociedad que presenta continuos desafíos sociales, entre ellos el tema principal que aborda este trabajo de investigación, el sistema de salud, en el ámbito de la salud reproductiva, si nos centramos en las mujeres.

El país alcanzó los 6.227.092 residentes con nacionalidad extranjera a principios de abril de 2023, en este mismo año se batió el récord con el mayor número de solicitudes de Protección Internacional en España, un total de 163.218 solicitudes, un 37% más que en el año anterior, de las cuales un 47% corresponde a solicitudes hechas por mujeres (Ministerio del Interior, 2024).

Tabla 2. Población extranjera por nacionalidad, sexo y año

	2020		2021		2022	
	Total Extranjeros	Total mujeres	Total Extranjeros	Total mujeres	Total Extranjeros	Total mujeres
	5.434.153	2.714.276	5.440.148	2.714.996	5.542.932	2.764.718
Total africanos	1.193.407	481.502	1.198.573	484.187	1.217.706	489.178
Argelia	66.893	25.241	64.954	24.183	63.964	23.413
Marruecos	865.945	377.783	872.759	382.282	883.243	387.053
Mauritania	8.392	2.264	8.313	2.222	8.844	2.390
Total magrebíes	941.230	405.288	946.026	408.687	956.051	412.856

Nota: Adaptado de Movimiento natural de población MNO. Indicadores demográficos básicos, por Instituto Nacional de Estadística, 2022. Acceso abierto.

A partir de los datos arrojados en la Tabla 1, se puede observar un crecimiento constante, a lo largo de los años, tanto en el total de extranjeros de origen africano, como en el número de mujeres. Así pues, explorar las características de la migración africana femenina en España implica analizar diversos aspectos como sus motivaciones para migrar, las rutas y métodos de migración, las condiciones de acogida y adaptación en España, que se aplican para facilitar su inclusión en la sociedad española.

Al respecto del fenómeno migratorio, Valero *et al.* (2011) indica que la inmigración es «un fenómeno permanente e inacabado» (p. 9) En términos generales, en el año 2023, «alrededor de

184 millones de personas vivían fuera de sus fronteras» (World Bank Group, 2023, p. 15), este fenómeno puede estar motivado por diversas razones, incluyendo económicas, sociales, políticas o ambientales; Herrera (2023) apoya que «la migración internacional es un fenómeno complejo y variado que está determinado por múltiples factores» (p. 34). Por otra parte, el World Bank Group (2023) afirma que «las normas de género a menudo determinan las opciones disponibles para las mujeres y las niñas en el país de origen, incluso en términos de educación y empleo» (p. 121). En la misma línea, defiende que «las mujeres y las niñas constituyen una proporción relativamente grande de los emigrantes de algunas regiones y países, aunque los que provienen del sur de Asia, Oriente Medio y gran parte de África, predominan los hombres y los niños» (World Bank Group, 2023, p. 119). Del mismo modo, este informe nombra como:

Los flujos migratorios femeninos han ido en aumento, desde la década de 1960, este cambio es debido a una combinación de factores; un ejemplo de ello es en 2022, el 86% de los refugiados adultos ucranianos eran mujeres, muchas de estas mujeres migrantes, constituyen, a su vez, una gran parte de personas que migran en busca de reunificación familiar (p. 119).

Se puede entender que las mujeres migran por muchas razones y de muchas maneras, dependiendo de si son migrantes laborales, refugiadas o reunificadas con su familia. Los riesgos asociados con la fragilidad, los conflictos y la violencia impulsan los desplazamientos forzados hacia países que garanticen los Derechos Humanos, siguiendo esta línea marcada, se encuentran dos Derechos Humanos fundamentales en el contexto de la migración y la protección internacional.

Según la Declaración Universal de Derechos Humanos (en adelante, DUDH), «toda persona tiene el derecho a circular libremente y a elegir la residencia en el territorio de un Estado, el derecho a salir de cualquier país; y el derecho a regresar al propio país» (art. 13). Asimismo, la DUDH establece que «toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios» (art. 25). Ambos derechos son cruciales para entender el término de inmigración como «acto de trasladarse a un país distinto del país de nacionalidad o de residencia habitual, de manera que el país de destino se convierta efectivamente en el nuevo país de residencia habitual» (OIM, 2019). Debe garantizar el ejercicio de los derechos en la sociedad de acogida, incluido el bienestar reproductivo de las mujeres migrantes. En estudios como Martínez y Reboiras (2010) se menciona que:

En general, los grupos de migrantes de fronteras son un colectivo inmerso en una serie de condiciones de vida, que continuamente menoscaban o deniegan el ejercicio de sus derechos humanos y que les hacen estar expuestos a prácticas o situaciones de riesgo (Bronfman, Leyva y Negroni, 2004), muchas veces aceptadas en función de las mínimas opciones que se les presentan (p. 10).

Para evitar estas situaciones de riesgo, la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, contempla el término salud reproductiva como:

«Estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con la reproducción. Es también un enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de la población, así como para garantizar el derecho a la salud y los derechos reproductivos».

Generando así un interés legal en garantizar el bienestar reproductivo y el derecho a la salud universal, incluyendo prácticas de información y educación sobre la salud reproductiva y la capacidad de tomar decisiones libres e informadas; práctica propia del empoderamiento de la mujer, como nombra la ley «este enfoque, además, deberá contribuir a disminuir y eliminar las desigualdades estructurales que constriñen la vivencia del deseo y de la sexualidad plena, así como de otros elementos esenciales de la salud, los derechos sexuales y reproductivos» (LO 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la LO 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo).

La intersección entre la SSR y los procesos migratorios presenta una compleja red de desafíos y necesidades, en 1994 se deja de lado el término de «Salud Materna e Infantil», para acuñar el término de «Salud Sexual y Reproductiva» en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Este logro fue el fruto del trabajo de los movimientos feministas de las décadas de 1960 y 1980, quienes reivindicaron con fuerza los derechos sexuales, constantemente olvidados (Ministerio de Sanidad, 2013, p. 5).

2.2. Marco jurídico

El proveer a la población, específicamente a la femenina, de derechos en torno a la SSR es un objetivo marcado por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 (en adelante, ODS):

Objetivo 3 «Salud y Bienestar», busca garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (ONU, 2015).

De esta manera, en materia de estrategias y legislación competente en torno a la SSR, y que resulta interesante para esta investigación destacamos, por orden cronológico:

Tabla 3. Legislación y estrategias en torno a salud sexual y reproductiva en el ámbito internacional y nacional

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, (1948)	Artículo 25: 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.
--	---

Declaración de Alma-Ata, (1978)	Enfatizó la relación vital que existe entre salud y desarrollo y comprometió a las naciones y organismos participantes a trabajar bajo el planteamiento integral de Atención primaria de salud (APS) para alcanzar la «Salud para todos en el año 2000». Este planteamiento integral recoge entre sus mínimos «la asistencia materna e infantil, incluyendo la planificación familiar» como trabajo en el área de la salud materna e infantil (VII.3).
Constitución Española de 1978	En el Título I, artículo 43 hace referencia a: 1. Se reconoce el derecho a la prestación de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.
Ley General de Sanidad (1986)	Artículo 1.2: Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.
Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo (1994)	En el marco de colaboración con el sector no gubernamental se reconoce a aquellas organizaciones, en especial, las que se ocupan de la salud sexual y reproductiva y de la planificación de la familia, las organizaciones femeninas y los grupos de apoyo a inmigrantes y refugiados a colaborar en planes, programas y proyectos que promuevan la salud sexual y reproductiva de los/as usuarios/as (apdo. 15). Referido a la migración internacional (apdo. 24): Se exhorta a los gobiernos, tanto de los países que generan como de los que reciben migrantes, a que, por conducto de la cooperación internacional: a) Redoblen sus esfuerzos para proteger los derechos humanos y la dignidad de los migrantes, independientemente de su condición jurídica; proporcionen una protección eficaz a los migrantes; presten servicios sociales y de salud básicos, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación de la familia; faciliten la reunificación de las familias de los migrantes documentados; vigilen las violaciones de los derechos humanos de los migrantes; logren la aplicación eficaz de las leyes relativas a la protección de los derechos humanos; y velen por la integración social y económica de los migrantes documentados, especialmente los que han adquirido el derecho a la residencia a largo plazo en el país de acogida, y la igualdad de trato ante la ley. Las organizaciones no gubernamentales deben hacer una contribución importante a la atención de las necesidades de los migrantes.

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los extranjeros en España y su integración social	<p>Artículo 12. Derecho a la asistencia sanitaria:</p> <p>1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón municipal en el que residen habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles [...].</p> <p>4. Las embarazadas extranjeras que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia durante el embarazo, parto y posparto.</p>
Estrategia de Atención al Parto Normal (2007)	<p>Ha respondido a una demanda social, profesional y de las administraciones sanitarias, ante la progresiva medicalización y aumento de intervenciones innecesarias e injustificadas en un proceso fisiológico, con repercusiones en la salud, con el fin último de asegurar una atención sanitaria de excelencia, más personalizada, más centrada en las necesidades de las personas usuarias. Es una estrategia orientada a satisfacer las expectativas de las mujeres manteniendo los niveles de seguridad existentes; a su vez, busca mejorar la comunicación, la confianza, la corresponsabilidad y la satisfacción de profesionales y usuarias, que reclaman el derecho a un parto respetado y a una vivencia en las mejores condiciones para ellas, las criaturas y las familias. Así, la Estrategia APN representa una oportunidad de mejorar la calidad y calidez de la atención al parto en el SNS. Una de las estrategias que resultan de suma importancia para la elaboración de este trabajo de investigación es:</p> <p>Línea Estratégica 2: Participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones: busca, desarrollar un modelo de atención cuyo objetivo es empoderar de conocimiento a las mujeres y acompañarlas en la toma de decisiones, un ejemplo de ello será eliminar barreras físicas, psíquicas, lingüísticas, culturales; conocer la opinión de las mujeres sobre cómo se han sentido y sobre la atención recibida y cómo mejorarla; favorecer la participación de las asociaciones de mujeres y los grupos de apoyo madre a madre.</p>
Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria	<p>Artículo 46. Régimen general de protección:</p> <p>1. Se tendrá en cuenta la situación específica de las personas solicitantes o beneficiarias de protección internacional en situación de vulnerabilidad, tales como menores, menores no acompañados, personas con discapacidad, personas de edad avanzada, mujeres embarazadas, familias monoparentales con menores de edad, personas que hayan padecido torturas, violaciones u otras formas graves de violencia psicológica o física o sexual y víctimas de trata de seres humanos.</p>

	2. Dada su situación de especial vulnerabilidad, se adoptarán las medidas necesarias para dar un tratamiento diferenciado, cuando sea preciso, a las solicitudes de protección internacional que efectúen las personas a las que se refiere el apartado anterior. Asimismo, se dará un tratamiento específico a aquellas que, por sus características personales, puedan haber sido objeto de persecución por varios de los motivos previstos en la presente Ley.
Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) (2011)	Prevé el abordaje diferencial de la salud sexual y reproductiva, considerando necesario establecer estrategias de actuación, programas y proyectos que estén enfocados directamente a la mejora de la salud sexual (Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación & Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019)
V Plan director de la Cooperación Española (2018-2021)	Una de las metas del presente plan en el ámbito de la salud sexual y reproductiva es: Reforzar el acceso a la salud sexual y reproductiva. Se trabajará para garantizar a la población, especialmente a mujeres y niñas, la atención a las necesidades específicas en la defensa y promoción de sus derechos y salud sexuales y reproductivos [línea de actuación 3.8.B].
Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo	Artículo 3. Principios rectores y ámbito de aplicación: a efectos de esta ley orgánica, será un principio rector: f) Accesibilidad. Se garantizará que todas las acciones y medidas que recoge esta ley orgánica sean concebidas desde la accesibilidad universal, para que sean comprensibles y practicables por todas las personas, de modo que los derechos que recoge se hagan efectivos para las personas con discapacidad, con limitaciones idiomáticas o diferencias culturales, para personas mayores, especialmente mujeres, jóvenes y para niñas y niños. g) Empoderamiento. Las instituciones públicas implementarán esta ley orgánica con especial atención al fortalecimiento de la capacidad de agencia y la autonomía de las personas en cada fase del ciclo vital, con énfasis en las mujeres y en la población joven. Este enfoque, además, deberá contribuir a disminuir y eliminar las desigualdades estructurales que constriñen la vivencia del deseo y de la sexualidad plena, así como de otros elementos esenciales de la salud, los derechos sexuales y reproductivos.

Nota: Adaptado de la legislación mencionada en la tabla por las autoras.

En términos generales, las leyes y estrategias mencionadas enfatizan el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes en España, garantizando acceso universal y no discriminación. Estas normativas promueven la inclusión, la equidad y el respeto a la diversidad cultural, asegurando que las mujeres migrantes reciban atención sanitaria adecuada y personalizada, especialmente durante el embarazo, parto y puerperio inmediato. Además, se reconoce la importancia de la colaboración con organizaciones no gubernamentales y la necesidad de eliminar barreras culturales y lingüísticas para asegurar una atención de calidad y respetuosa con los derechos humanos de todas las mujeres.

3. METODOLOGÍA

A partir de la información recopilada en la literatura de referencia y de la pregunta de investigación, se propone una estrategia metodológica cualitativa con base en la técnica Estudio de Caso para dar respuesta a los objetivos de investigación que, a continuación, se detallan:

Tabla 4. Objetivos, categoría de análisis y descripción de la investigación

Objetivo general: describir el imaginario sobre el proceso de embarazo parto y puerperio inmediato de mujeres africanas migradas a España		
Objetivos específicos	Categoría de Análisis	Descripción
Conocer las estrategias de autocuidado que sigue una mujer africana solicitante de protección internacional durante su proceso de embarazo, parto y puerperio.	Cuidado personal	Acciones específicas que emplea la mujer para cuidarse así misma durante el embarazo, parto y puerperio relacionadas con la dieta, el ejercicio, el descanso, la higiene personal. Así como la importancia de estos.
	Supervisión	Percepción del seguimiento del embarazo, parto y puerperio en el país de acogida, referidas a vacunas, seguimiento del embarazo, preparación al parto.
	Implicación y control	Toma de decisiones respecto a su atención al embarazo, parto y puerperio, del mismo modo que, si se respetan las preferencias personales y culturales
	Adaptabilidad	Apertura de la mujer a incorporar nuevas prácticas de salud que puedan diferir en sus creencias culturales.
	Trascendencia de la maternidad	Cómo la maternidad es percibida y valorada, además de las expectativas personales como madres e impacto sobre la identidad de las mujeres.

Identificar las estrategias de planificación y preparación del proceso de embarazo, parto y puerperio que sigue una mujer africana solicitante de protección internacional durante su proceso de embarazo, parto y puerperio.	Planificación familiar	Conocimiento sobre los servicios de salud reproductiva, cómo métodos de planificación familiar, riesgos.
	Cambios y limitaciones corporales	Preparación para los cambios y limitaciones corporales durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.
	Plan de parto	Preparación física y emocional ante el parto y puerperio, se incluyen preferencias de parto, métodos de alivio del dolor, posturas y presencia durante el parto.
	Acceso	Forma en que la información llega a la mujer de manera completa y comprensible, sensibilidad cultural.
	Relación médico/paciente	Referido a la forma en que la mujer siente confianza en el/la profesional, existe claridad en el mensaje y resuelve las dudas planteadas por la mujer. A su vez, satisfacción de necesidades sanitarias por parte del profesional a la mujer.
	Red de apoyo	Cuáles son sus redes de apoyo familiar, social/ comunitario e institucional y percepción cómo el papel que consideran en relación con el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Fuente: Elaboración propia, 2023.

El Estudio de Caso simple es una estrategia de investigación con carácter cualitativo que se centra en la exploración detallada y profunda de un único caso o fenómeno en su contexto real. Esta metodología es especialmente útil para obtener una comprensión completa y rica de situaciones complejas y únicas el estudio de caso no representa una generalidad estadística, sino una generalización analítica dado que se usa para ilustrar, representar o generalizar una teoría. En este sentido, apunta Yacuzzi (2005, p. 7) que el método de Estudio de Caso «propone la generalización y la inferencia hacia la teoría y no hacia otros casos», así, en este estudio se busca ampliar en la percepción y valoración por parte de la participante para describir las categorías de análisis anteriormente descritas y evidenciar el constructo teórico desde la óptica del realismo.

Para ejecutar esta metodología, se ha aplicado la técnica Entrevista de tipo semiestructurada que constituye un método para recoger información a modo de conversación con los sujetos, y dentro ella, la de tipo semiestructurada, Lopezosa *et al.* (2020) explican que:

Se caracterizan por su flexibilidad, ya que, aunque parten de un conjunto de preguntas previas, el entrevistado pueden contestar de forma abierta evitando así la elección de respuestas específicas. Los entrevistados, además pueden realizar apreciaciones transversales. Los resultados son menos sistemáticos, pero la información recogida de este modo puede llegar a ser de una gran riqueza si las preguntas han estado acertadas y los entrevistados se sienten libres de expresar sus conocimientos gracias a esta flexibilidad (p. 1).

El caso descrito en este trabajo ha sido localizado por la persona investigadora dadas las condiciones consideradas relevantes para el estudio (caso simple, instrumental e interpretativo), se trata de una mujer procedente de Argelia, mayor de edad, residente en España desde septiembre de 2022, no habla español por lo que ha asistido a la entrevista una traductora de árabe. La mujer estaba embarazada durante su solicitud de Protección Internacional gestionada por Cruz Roja y tuvo acompañamiento sanitario durante la gestación, parto y puerperio en diversas entidades sanitarias de la red pública española.

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para comenzar a comprender el significado del proceso reproductivo es reseñable el *bloque introductorio* en el que se hace hincapié en cómo se enteró la mujer de su embarazo, ya que este momento marca el principio de la mentalización de la maternidad. Este descubrimiento inicial es fundamental, ya que a partir de ahí comienza un proceso de aceptación y preparación para el rol de madre, influenciado por factores emocionales, culturales y sociales. Entender este punto de partida es crucial para analizar cómo las mujeres gestantes e inmigrantes perciben y gestionan su salud reproductiva y las decisiones que toman a lo largo de su embarazo en el país de acogida.

La participante resalta que el sentimiento de ser madre trasciende del lugar, subrayando que la maternidad es una constante emocional en su vida, a pesar de los cambios drásticos en su entorno debido a la migración. La usuaria refleja esta dualidad al describir la incertidumbre y el choque inicial al enterarse de su embarazo en un nuevo país, junto con la alegría de la maternidad, dejando entrever que las mujeres migrantes, en situaciones similares a la suya, deben adaptarse a nuevas circunstancias y sistemas de salud, lo que puede ser un desafío significativo. Disfrutó de cada momento del embarazo y valora el apoyo recibido. La noticia de tener una niña le brindó una perspectiva de compañía y apoyo emocional, la describe en todo momento como «una amiga»:

E: *Recuerdo que cuando fui al médico, a una revisión, y me dijeron: tienes una niña, yo me puse contenta porque iba a tener una compañía, una amiga, una hija, todo. Por que estar sola en un país que es diferente total, es duro, aunque tuve un embarazo muy bueno, lo he disfrutado todo, todos los momentos [...].*

No tiene comparación con nada, siente unas cosas, como ya: soy madre, tengo una hija. Porque cuando estaba embarazada piensas que estás en un sueño, pero cuando tu hija está encima, es como: ya soy madre.

Al respecto del conjunto de categorías del primer objetivo específico con relación al aspecto a conocer las estrategias de autocuidado que sigue una mujer africana solicitante de protección internacional durante su proceso de embarazo, parto y puerperio, la participante en el estudio aporta la siguiente información.

Referente a las acciones específicas que emplean las mujeres atendiendo al cuidado personal; se comprende que durante la atención desde que comienza el período gestacional, «se debe educar sobre los cuidados que debe tomar en cuenta en el transcurso de su período de gestación como cumplir con la atención prenatal recomendada que ayuda a disminuir el riesgo de la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia de las mujeres con la atención» (Sigcho, 2020, p. 2). Además, teniendo en cuenta que «el proceso migratorio también puede exponer a los migrantes a caren-

cias nutricionales y cambios del estilo de vida» (Organización Internacional para las Migraciones, 2017, pp. 4-5), se ha querido hacer hincapié es las técnicas de autocuidado empleadas tras el proceso migratorio:

E: Yo buscaba en el móvil para coger ideas, en mi país nunca te explican nada. [...] me hicieron un menú especial para mí, como estaba embarazada, me dieron el derecho a merendar, también, como carne halal, me compraron carne halal para no comer solo pescado [...].

Me ponía agua caliente con sal y subía los pies a la pared y luego los bajaba para que baje la sangre. También salía a caminar, así cuando estaba mucho tiempo en casa podía respirar aire fresco [...]. Para mí es importante, porque si yo estaba bien, mi hija iba a estar bien.

En cuanto a la percepción del seguimiento del embarazo, parto y puerperio, teniendo en cuenta que «la percepción del usuario es construida a partir de sus expectativas y la satisfacción de sus necesidades» (Leal et al., 2022, p. 119):

E: En el hospital, cuando me dijeron que estaba embarazada pedí si había alguna que hablase francés, me trajeron a una mujer que hablaba francés y yo hablé con ella y me trataron muy bien. Me dieron vitaminas porque estaba cansada, hierro y estas cosas. Me dijeron que tenía que seguir yendo a matrona o algo así, me explicaron, me dieron vitaminas para largo tiempo porque yo les dije que todavía no tenía medico ni nada, fue bien.

Después estuve un tiempo sin saber nada, solo tomaba las pastillas [...], recuerdo que estaba muy angustiada porque no sabía si iba bien o mal, no sabía nada.

[...] Después, no recuerdo cada cuánto iba, pero fueron pocas, yo quería saber siempre cómo estaba mi hija.

En mi país es diferente, aquí hay vacunas y te ven, te ven poco, pero te ven, también te ve una matrona. [...] Nosotros, en Argelia, no tenemos opciones para parir, si el parto es natural tiene que ser en hospital, en época de mi madre las mujeres parían en casa, pero ahora no, clínica privada o público. Normal o cesaria, si dice la matrona que es necesario.

[...] A las clases no fui, tenía a mi compañera de piso que me ayudó mucho y videos de Internet también. El seguimiento es igual, te ve una matrona.

Las respuestas indican que la apertura de la mujer a incorporar nuevas prácticas, para Zlobina et al. (2002) el choque cultural conlleva que «las personas que realizan la inmigración se ven rodeadas de normas, valores y costumbres que no les son familiares. Aquello que hasta ahora veían como la forma correcta de ver el mundo y actuar en él, se contrasta con otra realidad distinta» (p. 45):

E: No me imagino parir en Argelia, allí es muy duro [...], a nosotros no nos tratan como aquí, no sé si es porque tienen mucha gente, pero, por ejemplo, cuando se acaba el parto, puedes encontrar cuatro mujeres en una habitación o dos mujeres en una cama, en fin, son muchas mujeres ahí.

Recuerdo que cuando me dijeron que estaba embarazada, me preguntaron: ¿quieres seguir con tu embarazo?, yo pensé: ¿quiero tener una hija?, qué pregunta más extraña, claro que sí, nunca me lo perdonaría.

Llore mucho cuando salió mi hija y me la pusieron en mi pecho, luego me explicaron que eso era importante, para mí fue sentir a mi hija por primera vez, mi sueño era de verdad.

Recuerdo que el profesor de español me ayudaba mucho, aunque era hombre, tenía dos hijos y tenía experiencia, me he empezado a acostumbrar a hablar con hombres porque no puedo elegir.

La informante declara que la toma de decisiones respecto a su atención al embarazo, parto y puerperio, entiendo que «la toma de decisiones informadas sobre el parto por parte de las mujeres es un derecho y un elemento clave de calidad de la atención» (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, p. 14). Este derecho permite a las mujeres participar activamente en su atención médica, aumentando su satisfacción y el sentido de control sobre sus cuerpos y procesos de parto, la entrevistada:

E: Me explicaron que podía decidir ponerme la epidural, si lo necesitaba durante el parto, aunque yo pensé que aguantaría, pero el poder elegir y que te avisen ya es una ayuda importante.

En mi país esto es imposible. Las mujeres no saben que esto se puede hacer así, los apoyos que podrían tener. Es otra forma de parir. Hay algunas que quieren informarse, pero normalmente haces lo que puedes.

La entrevista revela que, en algunos casos, la educación en materia de salud reproductiva es inexistentes en países en vías de desarrollo, como es el caso de Argelia, esta carencia de información obliga a las mujeres a buscar información por su cuenta, ejemplo de estas técnicas incluyen la búsqueda de información en la red, cayendo en algunos casos, en buscar información inexacta o equivocada, siguiendo esta línea, en la entrevista se demuestra la capacidad de adaptación a las nuevas condiciones de la mujer migrante en el país de acogida, lo que destaca su resiliencia y determinación para asegurar su bienestar y el de sus futuros hijos o hijas.

Al respecto del conjunto de categorías del segundo objetivo específico de identificar las estrategias de planificación y preparación del proceso de embarazo, parto y puerperio que sigue una mujer africana solicitante de protección internacional durante su proceso de embarazo, parto y puerperio, la participante del estudio aporta lo siguiente al respecto del significado y transcendencia de la maternidad.

Estudios como el de Carranza *et al.* (2022) exponen que «la migración es un “parteaguas” en la historia de las mujeres, en algunos aspectos es doloroso y, al mismo tiempo, puede significar una libertad nunca experimentada. Por ejemplo, para algunas mujeres ejercer la maternidad desde un proceso marcado por la culpa y el dolor» (p. 106).

E: Es una pregunta difícil, porque no hay palabras que expliquen esto. Es lo mismo, donde sea, ser madre es un sentimiento que lo sientes, no tiene que ver con el lugar donde estés. Pero hay lugares en los que se permite vivirlo de mejor manera, como más plena.

No sé cómo lo tenía que hacer porque estoy en un país nuevo, mi destino, cómo va a terminar, tras todo el viaje mal.

La realidad de una persona migrante y solicitante de protección internacional, la cual carece de un domicilio habitual, saca a relucir la interrupción en la comunicación y la falta de seguimiento continuo en algunos recursos de carácter público, generando así angustia e incertidumbre. La entrevistada experimentó ansiedad al no tener información regular sobre el progreso de su embarazo, lo que destaca la necesidad de promover estabilidad en las personas solicitantes de asilo.

En cuanto a la planificación familiar, teniendo en cuenta que los derechos humanos de las mujeres deben formar parte integrante de las actividades de derechos humanos de las Naciones Unidas, en la Declaración y Programa de Acción de Viena (1993) «corresponde a los Estados brindar el derecho de las mujeres a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar» (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 16), por su parte, la entrevistada comenta que:

E: *Yo buscaba en el móvil para coger ideas, en mi país nunca te explican nada, estas embarazada, vas a las revisiones y cuando pares se olvidan de ti, siguen viendo al niño, pero a ti nunca te explican nada.*

En realidad, no puedes comprender lo que sucede pues no te explican bien el proceso.

Mi conocimiento era ver los partos de mi madre y ayudarla.

Yo recuerdo que mi profesor de español me explicó qué palabras se utilizan en el parto, esto significa esto, él me ha ayudado mucho. Me dijeron que cuando se rompe la bolsa, ya tienes que irte al hospital.

La entrevistada revela que en su país de origen, hay una carencia significativa de información y educación sobre planificación familiar y cuidados de la mujer tras el alumbramiento, describe que las mujeres reciben atención durante el embarazo y el parto, pero se descuida su educación sobre temas esenciales y cuidados continuos después del nacimiento del niño y carecen de atención. Esta falta de información deja a las mujeres sin el conocimiento necesario para gestionar su salud reproductiva de manera efectiva tras el proceso de embarazo:

E: *Los niños cuando nacen, los tratan, si tienen enfermedad, pero para una mujer no. Es más importante el niño que la mujer, aquí es diferente, cuidan a la madre y al hijo. A mí me han explicado todo, el parto, me llevaron a la habitación, me dijeron que tenía que limpiar al niño, me dijeron: tu quédate aquí, si necesitas ir al baño te ayudamos. En Argelia no, allí se ha acabado tu trabajo, tienes que irte o estar sola [...].*

Considerando que el embarazo es una etapa de significativos cambios y adaptaciones corporales que requieren preparación y comprensión por parte de las mujeres gestantes; y que «el proceso migratorio expone a los migrantes a cambios del estilo de vida» (Organización Internacional para las Migraciones, 2017, pp. 4-5), se quiso hacer hincapié en la preparación para los cambios y limitaciones corporales durante el proceso de embarazo, parto y puerperio tras este proceso migratorio por parte de la entrevistada tras su proceso migratorio:

E: Cuando me dieron la noticia, yo estaba en shock, con todo lo que ha pasado, no sabes que estás embarazada, no sabes cómo vas a continuar tu vida, es en este momento cuando no sabes si tengo que estar feliz porque vas a tener un hijo o triste y preocupada porque no sabes cómo va a ser tu vida. En mi país tenía mi casa y mi trabajo, al llegar aquí no sé si está bien o no, vas a empezar todo desde cero.

Yo me bañaba con agua caliente con sal, salir a caminar, hablaba con mi bebe, me ayudaba mucho porque estaba sola y quería que estuviese contenta y no triste como yo.

El día que parí estuve toda la noche sin poder dormir, así que me di una ducha para relajarme, el último mes estuve sin dormir prácticamente, te molesta, no puedes dormir ni sentada ni tumbada, es un poco dolor, lo único que me ayudaba era darme una ducha.

A lo largo de la entrevista, se hacen varias alusiones al país de origen, la entrevistada comparó su experiencia en el país receptor con la atención en su país de origen, en el caso de Argelia, donde las opciones para el parto son limitadas.

Al respecto de la toma de decisiones y la elaboración del Plan de parto, la entrevistada reflexiona y destaca la capacidad de tomar decisiones sobre su atención durante el embarazo, parto y puerperio inmediato, lo cual es coherente con el principio de que «la toma de decisiones informadas sobre el parto por parte de las mujeres es un derecho y un elemento clave de calidad de la atención» (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, p. 14), inicialmente decidió tener un parto natural sin epidural, pero cambió de opinión cuando el dolor se volvió insoportable.

E: Siempre he hecho lo que he querido, por ejemplo, yo en principio dije me voy a aguantar y voy a tener parto normal, no necesito epidural, pero llego un punto que ya era imposible, y lo hice. Cuando sabes que hay una opción que te quita el dolor, vas a elegirla.

El papel sobre el parto sí lo explicaron, sabía que existía y que se podía hacer.

Esto demuestra su capacidad para evaluar sus necesidades y adaptarse a las circunstancias cambiantes, reafirmando la importancia de proporcionar a las mujeres todas las opciones disponibles y respetar sus decisiones. El acceso a opciones de alivio del dolor, como la epidural, y la capacidad de decidir sobre su uso son fundamentales para el bienestar de las mujeres durante el parto, a modo de conclusión, esta experiencia ayuda a las mujeres a elegir entre diferentes opciones de atención y manejo del dolor, contribuye a una experiencia de parto más positiva y que empodera a la mujer.

El plan de parto cumple con «la información actualizada sobre prácticas clínicas y los derechos de las mujeres a participar en la toma de decisiones, sobre las alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor, la movilidad y distintas posiciones en el parto, sobre los beneficios de tener una persona acompañante elegida» (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 84). La participante menciona que:

E: Me ha relajado saber que estaba Dios conmigo [...]. El parto fue normal, como dijeron médicos que mi hija tenía que salir, ella salió y no tuvieron que provocarme el parto [...].

Un aspecto recurrente en las entrevistas fue comentar la forma en que la información llega a la mujer, dado que, como afirma la Comisión para reducir las desigualdades sociales en Salud en España (2012) «aunque los servicios sanitarios en sí mismos no constituyen el factor principal de generación de las desigualdades en salud, pueden tener un efecto tanto multiplicador como amortiguador de la desigualdad, dependiendo de si su acceso, utilización y calidad son menores, iguales o mayores para los grupos sociales menos favorecidos» (p. 183):

E: Yo he tenido suerte la verdad. [...] gracias a Dios que he podido parir aquí, allí es muy duro. [...] Cuando llegué por primera vez y pude pedir un traductor fue muy bueno para mí, porque no entendía qué estaba pasando.

La experiencia del parto de la usuaria fue positiva, no se necesitó cesárea, lo que permitió una experiencia natural, como la que había planeado, destaca que la comunicación con su matrona fue clave para su experiencia positiva, la profesional le explicaba las razones del dolor y los pasos a seguir, proporcionando una educación continua durante el proceso; es patente la confianza en el personal médico, generada a través de explicaciones claras y apoyo continuo considerándose fundamental para una relación médico/paciente positiva. La entrevistada se sintió apoyada y bien informada, lo cual contribuyó a reducir su ansiedad y aumentar su confianza en el sistema de salud. A modo de conclusión, la atención obstétrica debe ser culturalmente sensible y personalizada para cada paciente; la experiencia de la entrevistada demuestra que un enfoque individualizado, donde se proporciona información y apoyo adaptado a sus necesidades específicas, mejora significativamente la experiencia de la paciente.

En vista que «la utilización de los servicios hospitalarios por parte de la población inmigrante se centra en los servicios pediátricos y obstétricos» (Cots, et al., 2007, p. 8), la relación médico/paciente se describe como:

E: Cuando yo sentía dolor, tenía a la matrona y ella me explicaba porqué y qué tenía que hacer. Siempre me han explicado todo, el parto, todo.

La usuaria destaca la percepción positiva de la atención en el seguimiento del embarazo en el país receptor que incluyó aspectos como la disponibilidad de vacunas y la atención por parte de matronas, aunque consideró que las visitas eran insuficientes, de igual manera, la presencia de una matrona en el seguimiento del embarazo fue valorada positivamente. La comparación entre el sistema de salud en Argelia y España revela diferencias significativas en términos de trato y condiciones, respecto a su experiencia, la entrevistada describe condiciones difíciles en Argelia, como compartir habitaciones o camas con otras mujeres, lo que subraya la apreciación por la calidad de atención más individualizada y respetuosa que recibe en el país de destino.

Su experiencia en el país de acogida, donde recibió una atención más personalizada, centrada en la mujer y no en el hijo, contrastó fuertemente con las prácticas en Argelia, esta situación derivó en una disposición a adaptarse a nuevas formas de cuidado que son percibidas como mejores. Aunque el choque cultural implica enfrentarse a normas, valores y costumbres desconocidas, se refleja en la experiencia de la entrevistada cuando se le pregunta sobre continuar con el embarazo, que inicialmente le pareció extraña, representa un momento donde se enfrenta a una realidad diferente, donde las opciones y decisiones personales son más respetadas y discutidas, otro ejemplo es el contacto piel a piel con su hija recién nacida, una práctica que desconocía,

pero que encontró muy significativa; estos aspectos resaltan cómo nuevas prácticas pueden ser integradas y valoradas positivamente, mejorando la experiencia del parto y la conexión emocional con el bebé.

La entrevistada afirma que la red de apoyo, en el proceso de embarazo se enfatiza en «los beneficios de tener una persona acompañante elegida» (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 84), además desde el Plan de Parto y Nacimiento (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2007) «es recomendable el acompañamiento de la mujer durante el preparto, parto y postparto, por una persona de confianza» (p. 5):

E: Doy gracias a Cruz Roja, yo tenía una psicóloga que me ayudaba muchísimo hasta el profesor de español, que me explicaba todo [...].

Allí estaba en un piso de acogida para mujeres embarazadas y madres solteras y conocí a una mujer que tenía una hija también y ella me explicó todo [...], gracias a ella me sentí un poco más tranquila [...].

Aunque no tenga aquí a mi familia, he sentido que tengo aquí otra familia.

Incidir en la carencia de una red de apoyo, surge como una categoría emergente en esta investigación; Hernández *et al.* (2004) subraya que «la integración en una red de vínculos interpersonales otorga al individuo un sentido de pertenencia y seguridad, proporciona información y recursos, y permite el reconocimiento de la propia valía por parte de los demás, incrementando la autoestima» (p. 80) para la entrevistada:

E: Una persona que venga y no tenga el apoyo de Cruz Roja, tiene que ser muy duro, necesitar ayuda y no tener ayuda es muy duro. Tu mamá no está contigo, me imagino que una persona sola sin apoyo es muy duro.

La entrevistada destaca los beneficios de tener una persona acompañante elegida durante el embarazo, parto y puerperio inmediato, recibió apoyo significativo de la entidad que la acogida en su momento, Cruz Roja, este tipo de apoyo institucional es vital para proporcionar a las mujeres migrantes los recursos y la información necesarios para una experiencia de embarazo más segura y positiva; encontró apoyo emocional y práctico en un piso de acogida para mujeres embarazadas y madres solteras, donde conoció a otra mujer, usuaria, que le proporcionó orientación y compañía. Estas redes informales de apoyo son esenciales para crear un sentido de comunidad y pertenencia, especialmente cuando las mujeres están lejos de sus familias biológicas, la mujer expresa haber sentido que tenía otra familia en el país de acogida gracias al apoyo recibido. Este sentimiento de pertenencia y apoyo emocional es crucial para el bienestar mental y emocional de las mujeres durante el embarazo, mencionando que, gracias al apoyo recibido, se sintió más tranquila y segura. Las organizaciones sin ánimo de lucro como Cruz Roja, desempeñan un papel crucial en proporcionar apoyo integral a las mujeres migrantes, y en el caso de mujeres embarazadas, no centrándose en la asistencia médica, sino en el apoyo emocional, educativo y social, facilitando la inmersión en la sociedad de acogida.

Por último, y no menos importante, la ausencia de esta red puede tener consecuencias negativas significativas para las mujeres migrantes, la entrevistada destaca lo duro que sería no tener el

apoyo de organizaciones como Cruz Roja. Sin el apoyo adecuado, las mujeres migrantes enfrentan mayores dificultades, lo que puede afectar negativamente su salud mental y emocional; la falta de una red de apoyo podría agravar la sensación de soledad generando una mayor vulnerabilidad ante la ausencia de recursos prácticos y de información cruciales para la adaptación y bienestar durante el embarazo. La usuaria asegura que sentirse apoyada por otros mejora la percepción del proceso migratorio y mitiga la soledad.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los obstáculos al acceder al servicio de salud exaltan a la hora de buscar personal sanitario que hable el idioma materno de la paciente, la existencia de esta figura, ya sea un/a traductor/a o mediador/a intercultural, es crucial para una experiencia positiva en la acogida de la mujer, proporcionando comprensión, lo que mejoró su percepción de la atención recibida; esto subraya la importancia de asegurar que estos servicios estén bien equipados para atender a una población que diversos países y que las necesidades específicas de las mujeres migrantes sean comprendidas y atendidas adecuadamente.

En ausencia de sistemas formales de educación en salud en su país, la entrevistada dependió de observaciones personales y experiencias familiares, el caso de su madre, para obtener conocimientos sobre el parto y la maternidad; por último, esta menciona sentirse afortunada por haber recibido atención médica en España, destacando la dureza de las condiciones en su país de origen. Esto refleja una gratitud hacia el sistema de salud que le proporcionó no solo atención médica adecuada, sino también una experiencia de parto más humana y menos traumática.

La intervención educativa y el apoyo institucional, dentro del sistema de acogida temporal para solicitantes de protección internacional, tienen un impacto positivo significativo en la experiencia de las mujeres inmigrantes. La entrevistada menciona que la ayuda de su profesor fue fundamental para su entendimiento del proceso de parto, lo cual demuestra que las intervenciones educativas pueden ser cruciales para la integración y el bienestar reproductivo de las mujeres inmigrantes.

Si nos centramos en el proceso migratorio, este puede exponer a las mujeres a cambios significativos en su estilo de vida, lo que a su vez afecta su experiencia durante el embarazo, la entrevistada expresa incertidumbre sobre cómo proceder en un país nuevo, lo que resalta la importancia de proporcionar a las mujeres migrantes educación y recursos comprensibles sobre el proceso de parto y sus opciones, menciona que saber que Dios estaba con ella le proporcionó relajación y consuelo durante el parto, este apoyo espiritual fue crucial para su bienestar emocional, destacando la necesidad de considerar y respetar las creencias personales de las mujeres en la planificación del parto, de igual manera encontró que hablar con su bebé fue una práctica que ayudó a la entrevistada a mantener un estado de ánimo positivo, esta estrategia de conexión emocional es vital para el bienestar psicológico, especialmente en contextos de migración donde pueden sentirse aisladas y solas. La entrevistada mencionó que tomó una ducha para relajarse la noche antes de dar a luz, lo que indica que pequeñas prácticas de autocuidado pueden tener un impacto significativo en la preparación para el parto.

Para finalizar, la experiencia positiva de la entrevistada demuestra cómo una atención adecuada y el apoyo continuo pueden transformar una situación potencialmente negativa en una experiencia

positiva. Las mujeres migrantes muestran una notable capacidad de adaptación y resiliencia; la capacidad de encontrar y utilizar estrategias de autocuidado efectivas y la disposición a integrarse en nuevas prácticas y sistemas de salud son formas de apreciar la capacidad de supervivencia de las personas migrantes en los países de acogida.

Este trabajo de investigación recalca la importancia de crear programas comunitarios, servicios de orientación, grupos de apoyo mutuo, para asegurar que todas las mujeres migrantes y embarazadas tengan acceso a los recursos necesarios y a la información que requieran y su idioma materno, para evitar situaciones de vulnerabilidad, sin necesidad de limitar esta información y apoyo a solicitantes de protección internacional, aun sabiendo que no todas las personas migrantes pueden acogerse a los requisitos para entrar en dispositivos gestionados por entidades del Tercer Sector.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (2018). *V Plan director de la Cooperación Española (2018-2021)*. <https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Planificación/Plan%20Director%20V.pdf>

Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Ayuda en Acción (2018). *La migración femenina: Desafíos y oportunidades*. <https://ayudaenaccion.org/blog/mujer/migracion-femenina/>

Carranza Castro, C., Gandarias Goikoetxea, I., y Larrondo, A. (2022). Sentipensar la educación popular desde una mirada feminista y antirracista: una experiencia de acompañamiento a grupos de mujeres migradas, en Hegoa (ed). *Investigación feminista sobre migraciones. Aspectos epistemológicos y metodológicos* (pp. 99-111). Seminario Interdisciplinar de Metodología de Recerca Feminista.

Comisión Jurídica y de Asuntos Internacionales, Comisión de Educación y Sensibilización Social, Comisión de Políticas de Integración, Interculturalidad, Convivencia y Cohesión Social, Comisión de Empleo e Igualdad de Oportunidades & Foro para la Integración Social de los Inmigrantes (2023). *Informe anual de situación de las personas migrantes y refugiadas en España*. https://www.inclusion.gob.es/documents/1652165/2966006/INFORME_FISI_2022.pdf/

Comisión para reducir las desigualdades sociales en Salud en España (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 182-189. doi:10.1016/j.gaceta.2011.07.024

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Naciones Unidas. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programa_de_accion_spa.pdf

Congreso de los Diputados (2020). *Propuestas de la ciudadanía para la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica*. https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstrucion/documentacion_participacion_ciudadana/20200623_D17.pdf

Constitución Española (1978). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 311, de 29 de diciembre de 1978. <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>

Cots, F.; Castells, X., García, O., Riu, M., Felipe, A., y Vall, O. (2007). Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Services Research*, 7(9). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-9>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2024). *Estado de la población mundial 2024*. https://iac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp_2024_es.pdf

Gómez Cantarino, S., Comas Matas, M., Abellán Velasco, Silva Campos, Poço dos Santos, A., y Del Puerto Fernández, I. (2016). Vivencias, experiencias y diferencias sexuales: mujer puérpera española e inmigrante. Área sanitaria Palma de Mallorca (España). *Enfermegem*, 9, 115-123. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388245833014.pdf>

Hernández, S., Pozo Muñoz, C., y Alonso Morillejo, E. (2004). Apoyo social y bienestar subjetivo en un colectivo de inmigrantes: ¿Efectos directos o amortiguadores? *Boletín de Psicología*, 80, 79-96.

Herrera Ceballos, M. J. (2023). La migración en el siglo XXI: tendencias globales, desafíos y oportunidades actuales. *Cuadernos de Estrategia*, 222, 31-45. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9247445>

Instituto Nacional de Estadística (2022a). *Movimiento Natural de la Población (MNP) Indicadores Demográficos Básicos (IDB)*. https://www.ine.es/prensa/mnp_2021_p.pdf

— (2022b). *Nacimientos por país de nacionalidad de la madre y mes*. <https://www.ine.es/jaxi/files/tpx/es/xls/21825.xls>

— (2022c). *Población extranjera por Nacionalidad, provincias, Sexo y Año*. https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=03005.px#_tabs-tabla

Leal-Jofré, E., Alonso-Karle, M., Espinoza-Fabri, F., Latorre-Funke, J., Reyes-Valderrama, J.; Vejar-Arenas, J.; González-Garate, P., y González-Nahuelquin, C. (2022). Salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes latinoamericanas: una revisión narrativa. *Musas*, 7(2), 104-126. <https://doi.org/10.1344/musas2022.vol7.num2.6>

Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 263, de 31 de octubre de 2009. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-17242>

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 102, de 29 de abril de 1986. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>

Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 51, de 1 de marzo de 2023.

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los extranjeros en España y su integración social. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 10, de 12 de enero de 2000.

Luque Fernández, M. A., y Oliver Reche, M. I. (2005). *Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigradas*. IndexEnferm, 48(49), 9-13. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100002

Martínez-Pizarro, J., y Reboiras-Finardi, L. (2010). Migración, derechos humanos y salud sexual y reproductiva: delicada ecuación en las fronteras. *Papeles de Población*, 16(64), 9-29. <https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v16n64/v16n64a2.pdf>

Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (2023). *Marco estratégico de ciudadanía e inclusión y contra el racismo y la xenofobia*. https://www.inclusion.gob.es/oberaxe/ficheros/documentos/MarcoEstrategicoCiudadaniaInclusionContraRacismoXenofobia_REV.pdf

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2007). *Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*.: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaPartoNormalSNS.pdf>

— (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR)*. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaSaludSexualReproductivaSNS.pdf>

Ministerio de Sanidad (2013). Salud y equidad: Módulo 12 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf

Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, Secretaría de Estado de Migraciones, Secretaría General de Inmigración y Emigración, Dirección General de Integración y Atención Humanitaria (2018). *Sistema de acogida e integración para solicitantes y beneficiarios de protección internacional. Manual de Gestión*. https://www.inclusion.gob.es/documents/410169/2156583/Manual_de_Gestion.pdf/b24db193-ef37-18a9-a2d8-a1bb-82f92f8e?t=1675947490803

Ministerio del Interior (2024a). *Avance mensual de protección internacional: Abril 2024*. <https://proteccion-asilo.interior.gob.es/documentos/Avance-Mensual-PT-abril-2024.pdf>

— (2024b). *Datos e información estadística en formato reutilizable*. <https://proteccion-asilo.interior.gob.es/es/datos-e-informacion-estadistica/informacion-estadistica-en-formato-reutilizable/>

Naciones Unidas (2015). *Salud y bienestar*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Organización Internacional para las Migraciones (ed.) (2017). *El Pacto Mundial. La salud de los migrantes*. https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/our_work/ODG/GCM/IOM-Thematic-Paper-Health-of-Migrants-ES.pdf

— (2019). *Términos fundamentales sobre migración*. <https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion>

Sigcho Japón, S. A. (2020). Teoría de Dorothea Orem aplicada al cuidado durante el embarazo [Trabajo de titulación, Universidad Nacional de Chimborazo]. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7143>

Suárez Cadenas, M., y Plaza Del Pino, F. J. (2018). Variabilidad en la vivencia del parto y su implicación en los cuidados de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 22(50). <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.50.03>

Valero Matas, J., Coca, J., y Valero Oteo, I. (2011). Análisis de la inmigración en España y la crisis económica. *Papeles de Población*, 80. <https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v20n80/v20n80a2.pdf>

Vanegas, B. C. (2011). La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*, 6(6), 128-142. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4036726.pdf>

World Development Report 2023: Migrants, Refugees, and Societies (2023). <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1941-4>

Yacuzzi, E. (2005). El estudio de caso como metodología de investigación: Teoría, mecanismos causales, validación. *Serie Documentos de Trabajo*, 296, 1-37.