

OCTUBRE 2021

SALUD MENTAL Y BIENESTAR DE LAS MUJERES MIGRANTES



AUTORA

FROHAR POYA

EDITADO POR : ANNA ZOBNINA
TRADUCIDO POR: SOFIA MANGANO

ÍNDICE

P. 1	PRÓLOGO : SALUD MENTAL Y BIENESTAR DE LAS MUJERES MIGRANTES Y REFUGIADAS
P. 3	RESUMEN: PROBLEMAS HABITUALES DE LA SALUD MENTAL
P. 4	FACTORES RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL Y PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DE LAS MUJERES MIGRANTES
P. 5	MODELO BIOPSIICOSOCIAL DE SALUD MENTAL
P. 6	PSICOTERAPIA FEMINISTA Y DIAGNÓSTICO
P. 7	LAS TRES FASES DE LA MIGRACIÓN
P. 8	MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA
P. 9	PROSTITUCIÓN
P. 10	PROSTITUCIÓN -TESTIMONIOS
P. 11	VIOLENCIA DOMÉSTICA
P. 12	VIOLENCIA DOMÉSTICA - TESTIMONIO
P. 13	SOBREVIVIR A LA TRATA DE PERSONAS - TESTIMONIO
P. 14	MATERNIDAD
P. 15	MATERNIDAD EN MIGRACIÓN - TESTIMONIO
P. 16	DISCRIMINACIÓN MÚLTIPLE
P. 17	MUJERES Y NIÑAS MIGRANTES - TESTIMONIO
P. 18	BARRERAS: ACCESO A SERVICIOS Y PROGRAMAS DE APOYO
P. 19	ACCESO A LOS SERVICIOS: TESTIMONIOS
P. 25	CONCLUSIONES
P. 26	RECOMENDACIONES
P. 27	RECURSOS ÚTILES
P. 28	AGRADECIMIENTOS

PRÓLOGO

SALUD MENTAL Y BIENESTAR DE LAS MUJERES MIGRANTES Y REFUGIADAS



La salud mental y el bienestar pueden tener un papel fundamental en el camino hacia la integración de las mujeres y niñas migrantes y refugiadas, permitiéndoles desarrollar todas sus capacidades y acceder y ejercer sus derechos humanos en sus nuevos países de origen.

Los traumas no abordados y no resueltos, ya sea como resultado de la violencia directa y la discriminación, o de presenciar tal violencia infligida a otras personas, pueden conducir al deterioro de su funcionalidad cotidiana y a una reducción de su capacidad para participar en actividades sociales y económicas.

La disponibilidad de servicios de apoyo de calidad centrados en la mujer y culturalmente apropiados para las mujeres migrantes, y un acceso simple a dichos servicios, siguen siendo algunos de los factores clave para ayudar a mujeres migrantes que puedan experimentar angustia, trastornos y problemas psicológicos.

6. "Si bien las diferencias biológicas entre mujeres y hombres pueden causar diferencias en el estado de salud, hay factores sociales que determinan el estado de salud de las mujeres y los hombres, y que pueden variar entre las propias mujeres. Por ello, debe prestarse especial atención a las necesidades y los derechos en materia de salud de las mujeres pertenecientes a grupos vulnerables y desfavorecidos como los de las emigrantes, las refugiadas y las desplazadas internas, las niñas y las ancianas, las mujeres que trabajan en la prostitución, las mujeres autóctonas y las mujeres con discapacidad física o mental".

Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Recomendación General N 24 (Mujer y Salud)

INTRODUCCIÓN

Más de 20 millones de personas migrantes viven en Europa y más de la mitad son mujeres y niñas. Las personas migrantes y refugiadas, en particular las mujeres, se enfrentan a **múltiples desafíos, incluidas, dificultades para acceder a los servicios de salud, la educación y el empleo.**

Durante la preparación de este informe, constatamos la escasez de datos que existe sobre el acceso de las mujeres migrantes a los servicios de salud y, específicamente, a los servicios de salud mental, en diferentes países europeos. Por lo tanto, el objetivo de publicar este informe es que sea una puerta de entrada hacia una investigación y una recopilación de información más exhaustivas (tanto en términos cuantitativos como cualitativos) sobre la salud mental de las mujeres migrantes en Europa.

La migración es siempre un evento angustiante y puede tener un duro impacto en el bienestar psicológico de quienes lo enfrentan. Para muchas personas refugiadas y solicitantes de asilo que han abandonado su país de origen de manera forzada, este efecto es aún mayor y puede conducir a una depresión severa y otras consecuencias profundamente negativas para su salud mental.

Para las mujeres y niñas migrantes, factores como la pobreza y el desamparo, el desempleo, las detenciones, la discriminación, la dependencia legal de los cónyuges y las presiones sociales, religiosas, culturales y de grupo dentro de sus

comunidades, pueden influir en su salud mental y en sus enfermedades mentales.

Pero además, las mujeres y niñas migrantes y refugiadas corren el riesgo de sufrir formas específicas de violencia, como violencia sexual y reproductiva, explotación sexual, prostitución y trata.

Este informe presenta una descripción general sobre el estado de salud mental, bienestar y problemas psicológicos de las mujeres y niñas migrantes y refugiadas. El informe contiene principalmente datos primarios, fruto de entrevistas con diferentes profesionales **expertas que trabajan con mujeres migrantes en Europa, así como de los testimonios de las propias mujeres migrantes y refugiadas, y fuentes secundarias**, incluyendo análisis de informes de políticas públicas e investigaciones académicas realizadas con comunidades de migrantes.

Entre las personas entrevistadas se incluyen profesionales altamente experimentadas que trabajan en el área de prevención y lucha contra la violencia, prostitución, mutilación genital femenina, apoyo y asistencia a las víctimas, especialistas en salud materna y salud mental, y mujeres migrantes, que compartieron generosamente sus historias y opiniones para este informe.

EL OBJETIVO DE ESTE INFORME ES OFRECER UNA SINÓPSIS DE:

- Las distintas experiencias vividas por mujeres migrantes y refugiadas, y por profesionales que trabajan con mujeres migrantes
- Un resumen de los distintos factores de salud mental que pueden desencadenar una enfermedad mental.
- Una panorámica de los desafíos y causas fundamentales que tienen un impacto particularmente grave en el bienestar de las mujeres migrantes,
- Las barreras a las que se enfrentan para acceder a los servicios de salud y de salud mental,
- Enfoques útiles para abordar las necesidades de las mujeres migrantes en relación con su bienestar y salud mental.



RESUMEN

PROBLEMAS HABITUALES DE SALUD MENTAL

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

El trastorno depresivo mayor tiene muchas facetas, que incluyen síntomas emocionales (sentimiento de vacío, culpabilidad), síntomas fisiológico-vegetativos (pérdida de energía, fatiga, trastorno del sueño), síntomas cognitivos (pesimismo, percepción negativa de una misma, pensamientos suicidas) y síntomas conductuales (como una forma de hablar más lenta). Las investigaciones han demostrado que las mujeres migrantes tienen niveles más altos de síntomas depresivos.

TRASTORNO PSICOSOMÁTICO

El trastorno de síntomas somáticos se refiere al sufrimiento de un individuo causado (típicamente) por múltiples síntomas somáticos que alteran el funcionamiento de su vida cotidiana. El síntoma somático más común es "dolor" cuya gravedad o existencia no pueden explicarse médicamente. Las personas con síntomas somáticos tienden a sufrir preocupaciones cada vez mayores relacionadas con los síntomas. A pesar de las similitudes entre culturas, las diferencias en los síntomas somáticos se deben a factores lingüísticos o culturales.

TRASTORNO DE ANSIEDAD

El trastorno de ansiedad es un término general para una gran variedad de trastornos relacionados con miedos excesivos, ansiedad y alteraciones del comportamiento. Si bien el miedo es una emoción natural que sentimos cuando nos enfrentamos a un peligro directo y concreto, la ansiedad se relaciona con la amenaza futura, la excitación autonómica, la percepción de un peligro inmediato, el comportamiento de evadir y la activación física extrema. Los trastornos de ansiedad comunes incluyen el trastorno de ansiedad social, el trastorno de pánico, la agorafobia y la ansiedad generalizada. Muchos de estos trastornos de ansiedad se producen con el doble de frecuencia en mujeres que en hombres.

TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO (TEPT)

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se relaciona con un evento que supone una "exposición directa o indirecta a una amenaza de muerte o muerte real, lesiones graves o violencia sexual" (DSM-V). Los niños tienen un mayor riesgo de desarrollar TEPT cuando presencian o llegan a saber de un evento traumático ocurrido a sus cuidadores principales. Los síntomas comunes del TEPT son flashbacks y pesadillas, angustia psicológica intensa o prolongada, comportamiento de evitación, autoestima negativa, hipervigilancia y sentimientos de desapego de los demás (DSM-V). Varios estudios han demostrado que, pese a que los hombres sufren una mayor exposición a eventos traumáticos, las mujeres tienen el doble de probabilidades de desarrollar TEPT.

FACTORES RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL Y PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DE LAS MUJERES MIGRANTES

La salud mental de las mujeres migrantes puede verse afectada tanto por factores de riesgo como por factores de protección. Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden estar relacionados con características biológicas, hereditarias y familiares. Sin embargo, muy a menudo están ligados a circunstancias socio-ambientales más amplias que protegen a las personas de situaciones estresantes y dañinas -o las exponen a ellas.

Las mujeres son más propensas que los hombres a enfrentarse a factores de riesgo externos a la salud mental. Entre ellos, se incluyen violencia machista, el control patriarcal de la familia y de la comunidad, prácticas tradicionales dañinas, explotación sexual o laboral, falta de apoyo social, desempleo y pobreza. Estos riesgos a menudo están interrelacionados y crean condiciones agravadas y prolongadas de discriminación y violencia que, a su vez, tienen un impacto negativo a largo plazo en el bienestar psicológico y la salud mental de las mujeres.

FACTORES DE RIESGO

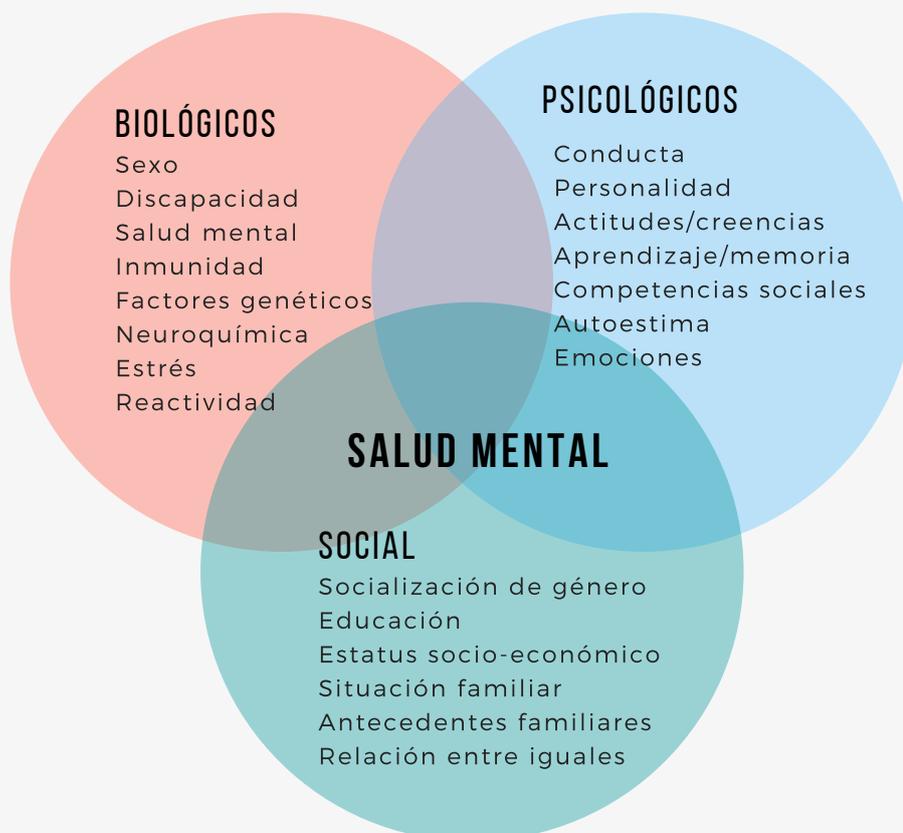
1. Violencia machista - se refiere a los actos de violencia perpetrados contra las mujeres por hombres y / o la familia y /o la comunidad, basados en normas y prácticas patriarcales dirigidas a limitar la autonomía de la mujer, incluidos sus derechos y libertad sexuales.
2. Discriminación institucional - se refiere a los actos de exclusión y discriminación por parte de las instituciones, órganos gubernamentales y judiciales, que perpetúan el acceso desigual a derechos, recursos y oportunidades.
3. Discriminación social: se relaciona con prejuicios y estereotipos que pueden resultar en faltas de respeto, suspicacias, denigración y deshumanización.
4. Discriminación internalizada: ocurre cuando las mujeres aceptan e internalizan mensajes estigmatizantes y estereotipos sobre sus capacidades y su falta de valor.

FACTORES DE PROTECCIÓN

1. Relaciones sociales de apoyo que incluyen amistades y redes femeninas, participación comunitaria y / o religiosa, redes sociales con migrantes de origen cultural o pertenencia étnica similar y redes con personas del grupo mayoritario.
2. Acceso a programas de apoyo y servicios especializados de atención primaria, incluidas organizaciones y programas centrados en las mujeres, culturalmente sensibles e informados sobre el trauma.
3. Autopercepción positiva, autoestima y sentimiento de dominio de sí mismas.
4. Factores socio-económicos, como los niveles de educación, la situación en el mercado laboral, el nivel de ingresos y la disposición de ellos, el acceso a recursos y los sentimientos de control y agencia material.

MODELO BIOPSIKOSOCIAL DE SALUD MENTAL

El modelo biopsicosocial entiende la salud y la enfermedad como una sola: un resultado de características y factores psicológicos, fisiológicos y socioculturales que se influyen mutuamente. El modelo biopsicosocial enfatiza la importancia de la mente, el cuerpo y el entorno, así como sus interacciones, para el bienestar de una persona. Por ejemplo, una mujer refugiada que ha huido de su país de origen por motivos de guerra puede haber experimentado factores de estrés y circunstancias que amenazaban su vida diferentes de las de un hombre que huye del mismo país o de las sufridas por una mujer de edad o grupo socio-económico distinto, factores que eventualmente podrían convertirse en problemas de salud mental. Cada persona presenta diferentes grados de vulnerabilidad a los problemas psicológicos, por lo que personas con experiencias similares puede sufrir diferentes consecuencias en su estado de salud mental.



PSICOTERAPIA FEMINISTA Y DIAGNÓSTICO

LIC. PSICOLOGÍA STEFANIE BODE, PSYCHOLOGISCHE PSICOTERAPEUTINA (PSICOTERAPEUTA PSICOLÓGICA), ALEMANIA

"Entiendo la psicoterapia feminista como una contradicción de términos. Esta contradicción deriva de una práctica psicoterapéutica opresiva que impide a las mujeres creer en su propia fuerza, crear o unirse a grupos solidarios centrados en las mujeres y enfrentarse a los sistemas de opresión.

Estoy de acuerdo con el análisis feminista de Mary Daly que describe la psicoterapia como una práctica que hereda una relación de poder desigual entre terapeuta y paciente en la que el terapeuta es retratado como el conocedor y el paciente, como el ser dependiente trastornado.

Siguiendo el análisis de Daly, la psicoterapia se centra en problemas individuales que, por el contrario, deberían verse desde el prisma del análisis estructural feminista. La privatización de los problemas en psicoterapia refuerza los sentimientos de responsabilidad y culpa dentro del paciente. Mary Daly concluye que la psicoterapia feminista no puede existir de manera esencial.

La mayoría de las mujeres con las que trabajo, en particular, carecen de apoyo social y, por lo tanto, tienen una gran necesidad de ver validadas sus experiencias y emociones.

Además, la mayoría ha interiorizado una visión psicologizada de los demás y de sí mismas.

En nuestra cultura, estamos desaprendiendo continuamente a ayudarnos unos a otros antes de enviar a alguien a un experto.

Nuestros problemas sociales se reflejan a nivel individual y la sociedad nos dicta que los solucionemos en ese plano. Sin embargo, esto niega los aspectos estructurales de nuestros problemas y solo manifiesta desigualdades.

A las mujeres se las enseña a adaptarse a circunstancias injustas mientras se las desincentiva a cambiar el mundo que las rodea. Centrarse en actitudes malsanas en lugar de en situaciones malsanas va de la mano de la auto-culpa, la culpabilización de la víctima y, en el marco teórico del psicoanálisis, de la culpabilización de la madre.

Soy muy crítica con el contexto alemán, en el que se enseña a los psicoterapeutas a ser políticamente neutrales. Esto supone una barrera para las posturas críticas en psicoterapia.

Hay individuos que sufren de un desorden mental que requiere psicoterapia o tratamiento psiquiátrico. Pero generalmente, necesitamos fortalecer los movimientos feministas, los grupos de concientización y los centros de crisis por violación sexual con análisis feminista como enfoque alternativo del bienestar mental de las mujeres. Para ello, se debería informar a las mujeres de forma más crítica sobre las consecuencias negativas de la psicoterapia y remitirlas a ella, sólo si es realmente necesario. Con esto en mente, espero que haya más enfoques feministas que aumenten el afecto, la simpatía, la paciencia y el respeto por el otro."



LAS TRES FASES DE LA MIGRACIÓN

IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE MUJERES MIGRANTES Y REFUGIADAS

PRE-MIGRACIÓN

Las experiencias pre-migratorias de las mujeres migrantes, especialmente refugiadas y solicitantes de asilo, pueden incluir violencia machista, persecución por razones políticas, étnicas y religiosas, exposición a tortura y presenciar la muerte de seres queridos, carencia de agua y comida, de vivienda, otras necesidades básicas sin cubrir para sí misma y los demás (por ejemplo, menores y demás miembros de la familia) y presenciar el sufrimiento de los demás).

DURANTE LA MIGRACIÓN

Las mujeres migrantes se exponen a un mayor riesgo de violencia machista, enfermedades infecciosas, trata de personas y otros daños físicos, como violencia sexual, abuso y explotación. En medios de transporte inseguros, como barcos, trenes cerrados y camiones, o en tránsitos peligrosos a pie en su camino a Europa y después de entrar en la Unión Europea, se produce un riesgo particularmente alto. Las instalaciones de acogida masiva presentan asimismo un riesgo de violencia y agresiones sexuales, así como de enfermedades, condiciones antihigiénicas y hacinamiento.

POST MIGRACIÓN

Los procesos de demanda de asilo largos e impredecibles aumentan la sensación de incertidumbre e impotencia, y el riesgo de desarrollar TEPT, ansiedad, depresión, ideas suicidas y tener intentos de suicidio. La falta de servicios culturalmente adecuados y centrados en las mujeres supone una barrera para acceder a la ayuda y la atención después de haber sido víctimas de violencia. Miedo a poner en riesgo el estado de su solicitud al revelar información sobre la violencia sufrida, arriesgándose a que la violencia continúe y haya una re-traumatización. Los factores de estrés relacionados con la aculturación se refieren a los roles de género, la adaptación a las normas culturales, las barreras lingüísticas, las dificultades económicas, el acceso a la atención médica y la discriminación. Estos factores estresantes están relacionados con un problemas de salud mental, incluyendo síntomas psicossomáticos, confusión de identidad y sentimientos de marginación.

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

DRA. CAROLINE MUNYI, COORDINADORA DE SALUD DE AKIDWA, NATIONAL NETWORK OF MIGRANT WOMEN, IRLANDA

"Uno de los efectos de la mutilación genital femenina (MGF) no es ya lo que le sucede al cuerpo siendo cortado (herido, mutilado, cercenado), que es físico, sino el trauma que sufre la mujer". Los recuerdos de lo que le sucedió hace mucho tiempo pueden ser traumáticos y contribuir a provocar problemas de salud mental. Pongamos que una mujer está embarazada: tendrá miedo durante todo el proceso por el dolor está sufriendo; de nuevo, esto contribuye a crear problemas de salud mental. La mujer con MGF podría temer tener intimidad y sexo de forma regular.

Cuando hablamos de MGF, ¿cómo nos aseguramos de que las mujeres puedan acceder a los servicios de una manera culturalmente apropiada? Lo que quiero decir es que queremos que una mujer se sienta comprendida cuando accede a estos servicios. Por ejemplo, cuando una mujer va al hospital, a una sala de maternidad, debe sentirse comprendida, aceptada y no juzgada. La mutilación genital femenina es una práctica cultural y la mujer no tenía voz ni consentimiento, lo que le hicieron sucedió porque nació en una cultura determinada. Por lo tanto, necesitamos tener personas en los servicios de salud que sean culturalmente conscientes de este tipo de prácticas. En el año 2000 estaba hablando con un grupo de mujeres que habían sufrido MGF. Una mujer me dijo que cuando estaba dando a luz en un hospital en Irlanda con su primer bebé, los médicos y comadronas en lugar de cuidarla estaban llamando a otros miembros del personal para que vinieran y miraran el cuerpo de esta mujer, que era diferente de lo que normalmente ven. Miraban su cuerpo con sorpresa y riendo entre ellos.

Ella lo describió como un circo y se sintió avergonzada y extremadamente traumatizada.

Si hubiera habido alguien del mismo origen cultural trabajando en la sala, las cosas podrían haber sido diferentes. Podría haberles explicado a las otras personas la mutilación genital femenina y haber garantizado ayuda y apoyo para que esta mujer diera a luz de forma segura y en tranquilidad.

Esto también es muy importante en los servicios de salud mental. La paciente no debe ser juzgada sino aceptada. Cuando una mujer accede a los servicios de salud mental, no solo quiere que la escuchen, sino también que la comprendan. No se trata solo de la adecuación cultural, sino también de la comprensión cultural. Lo que quiero decir es que no puedes inculcar por la fuerza tu manera de pensar en personas que han tenido una forma de vida completamente diferente y que fueron educadas en una forma de pensar diferente. No puedes cambiar cómo piensa una persona de golpe.

Puede que veamos a una mujer sufriendo exclusivamente MGF, cuando quizá haya otras causas que afecten a su salud mental. Podría ser víctima de violencia doméstica, un factor que va por delante del tema de la mutilación genital femenina. Puede que esa mujer quiera ir a la universidad y no tenga medios económicos para ello, o puede que no tenga dónde dormir; puede que esté recibiendo malas noticias sobre su familia en su lugar de origen... son cuestiones que deben analizarse desde el principio. Las mujeres migrantes sufren enormemente por diferentes cuestiones. Las cosas ya eran difíciles para las mujeres migrantes antes del COVID; ahora, con la pandemia, las mujeres sufren aún más. No ser capaces de acceder ni siquiera a servicios como Akidwa puede causarles mucho sufrimiento".

PROSTITUCIÓN

PIERRETTE PAPE, CO-FUNDADORA DE ISALA, BÉLGICA

"Como organización de primera línea que trabaja para apoyar a las mujeres en situación de prostitución, podemos decir con seguridad que la gran mayoría de ellas son mujeres migrantes. Específicamente, se enfrentan al riesgo doble de ser migrantes y provenir de una minoría. El sistema de prostitución y los explotadores van a por las más vulnerables, y las mujeres y niñas migrantes y pertenecientes a minorías son presas fáciles para la industria del sexo.

Mientras se dedican a la prostitución, viven en un entorno muy aislado donde son manipuladas. En ese entorno pierden gran parte de su autoestima. Ya no saben cómo decir "yo" ni cómo entender sus propias necesidades. Toda la estrategia de explotación se dirige directamente contra la autoestima de estas mujeres y niñas: manipulación, falsas promesas, violencia, amenazas a la familia, aislamiento... para quebrar su identidad y transformarlas en objetos.

Además, muchas de ellas viven en pisos en un estado pésimo, en hoteles o en la calle. Si intentan alquilar un lugar para vivir, el propietario les pide un contrato de trabajo, que no tienen, ya que es muy difícil encontrar trabajo cuando eres una mujer migrante sin permiso de residencia o no hablas el idioma del país al que has llegado. Así que los propietarios también contribuyen a la explotación, exigiendo alquileres altos y amenazando a las mujeres con denunciarlas a los servicios de inmigración. Cuando las mujeres vienen a isala, dicen que quieren encontrar "un trabajo normal", lo que significa que, en el fondo de sí mismas, saben que la prostitución no es una actividad normal y que tiene un impacto en su salud mental. Pero al principio no hablan de su estado de salud. Cuando te encuentras en esta situación de supervivencia migratoria, quieres sentir que tienes el control. De hecho, no tienes tiempo para reflexionar demasiado. Algunas supervivientes con las que trabajo, después de 20 años todavía luchan con su trauma. Y aún con todo, la gente no quiere reconocer el impacto tremendo y de larga duración de la violencia sexual.

Para nosotras en isala, la salud es tan importante como la vivienda. Debido a la violencia sexual reiterada y la situación de la prostitución, muchas mujeres se sienten desconectadas de su cuerpo. Hemos visto mujeres que claramente tienen problemas de salud. Algunos problemas son visibles. Ves que los dientes están en muy mal estado, o una postura que revela dolor de espalda, pero no quieren hablar de ello. Otros problemas son invisibles para las personas que no están formadas para trabajar con víctimas de prostitución y violencia sexual, pero estos problemas son también perjudiciales, afectan a las mujeres en su capacidad para recuperar la confianza. Por eso, proponemos una serie de actividades a las mujeres, comenzando por supuesto por escucharlas sin prejuicios, pero también con la danza o la pintura, hablando sobre los derechos de las mujeres, caminando por el bosque... para que puedan dar un paso atrás y recuperar la confianza en sí mismas.

Algunas mujeres a las que ayudamos a salir de la prostitución empezaron a tener problemas de salud después. Finalmente, acudieron a un médico para tratarse algo que llevaban mucho tiempo ocultando. El cuerpo se queda con el daño y cuando las mujeres salen de la prostitución, el cuerpo les pide atención. Para ellas, puede ser muy difícil lidiar con problemas de salud, pero también es un paso para recuperar el control sobre sus vidas y sus cuerpos.

El problema es que la psicología y otros tratamientos de salud mental no son considerados tratamientos médicos básicos, ni por parte de población general, ni mucho menos, de las mujeres migrantes y refugiadas. Es caro consultar a un psicólogo, y todavía es considerado como 'algo extraño' para muchas personas. También es muy difícil encontrar profesionales de la salud que hablen el idioma (de estas mujeres), que sean feministas y que no tengan prejuicios.

¿Por qué estas mujeres, te preguntarás, no hablan de su situación? Porque a las mujeres no se las cree. Y como no se las cree, no confían en que nadie pueda ayudarlas. Si tuviéramos un nuevo sistema en el que se crea a las mujeres, sería un gran paso para ellas, para confiar en sí mismas y confiar en que el sistema existente puede apoyarlas de verdad. Mientras la sociedad no reconozca la violencia sexual y la prostitución como violaciones de los derechos humanos, a las mujeres y niñas atrapadas en la industria del sexo se les negarán sus derechos básicos. Necesitamos reconocer, como sociedad, que la prostitución va en contra de la igualdad entre mujeres y hombres; al hacerlo, todos los servicios, incluido el apoyo a la salud mental, empezarán a formar parte de programas de salida completos y sólidos, para apoyar a las víctimas y supervivientes, y para acabar con el sistema de prostitución".

GABRIELA BENEFICIARIA DE LA ASOCIACIÓN ISALA, BÉLGICA

« Me siento aliviada de haber dejado la prostitución, me siento muy bien ahora. Mi vida ha sido complicada y estoy decidida a encontrar trabajo. Mi sueño sería tener una casa en el campo con mi hija. Se encuentra en un hogar de acogida desde pequeña, porque yo no podía cuidarla, pero estoy en contacto con ella todo el tiempo. Finalmente puedo cuidar de mí misma, volver a enfocarme, priorizar mis necesidades. Solía ayudar mucho a la gente, solía ayudar a otras mujeres en la prostitución, pero ahora voy a cuidarme yo.

Tengo miedo de ver a un psicólogo, porque tengo miedo de lo que sacará a la superficie. Tengo muchas cosas en la cabeza y me gusta que esas experiencias se queden en mi cabeza. No quiero que se hagan reales... sería demasiado difícil afrontarlo. Me vi obligada a ver a un psicólogo cuando murió mi madre, yo tenía 4 o 5 años, y no me entendieron. En mi familia hubo violencia, y si veo a un psicólogo, tengo miedo de recordar todo eso y las experiencias que viví. Las asociaciones y organizaciones que conocí durante el periodo en que estuve en la prostitución no intentaron ayudarme.

Ya no tengo ningún contacto con mi familia, ellos no me ayudaron. Cuando murió mi madre, a mi hermana y a mí nos llevaron con mi abuela y mi tío era violento, pero nadie reaccionó. Fui a un internado cuando tenía 14 años, y allí empecé en la prostitución, pero no quiero hablar de eso. El último contacto que tuve con mi hermana fue cuando quise volver a hacerme los papeles, porque me los quitaron cuando llegué a Bélgica cuando tenía 18 años. Mi hermana se ofreció a ayudarme a registrarme y volver a hacer mi documento de identidad en Rumanía, pero a cambio me pidió 3.000 euros, a lo cual me negué.

No me preocupa el COVID-19. Quiero trabajar cuanto antes, también porque tengo que pagar el alquiler, con el que llevo retraso. Tengo miedo de volver a acabar en la calle. De verdad, quiero encontrar trabajo, pero aquí es muy difícil. Durante el confinamiento me contactaron compradores de sexo, ¡me pone furiosa! También estoy enfadada porque es difícil salir de lo que he pasado y no creo que sea normal: cuando 'eres una puta', cuando tienes dinero, las puertas están abiertas. Cuando haces algo mal, tienes muchos amigos. Pero ahora que trato de hacer algo bueno con mi vida, no hay nadie, todas las puertas están cerradas. ¡Es repugnante!

Estoy decidida a salir de todo esto. Tengo mis recursos, hablo varios idiomas. ¡Espero que funcione! ¡No quiero oír más sobre la época en la que estuve en la prostitución, no quiero oír esa palabra nunca más! Me prometí a mí misma que dejaría de hacerlo cuando obtuviera mi pasaporte, y eso es lo que hice. Es reciente, pero tengo que resistir. Tengo derecho a ser feliz, ¿no? Y me gusta venir a Isala, porque puedo expresarme y me escuchan».

* Nombre ficticio

VIOLENCIA DOMÉSTICA

BASSMA CHAOKI,
MONIKA MULTICULTURAL ASSOCIATION, FINLANDIA

"Es muy importante comprender lo que le está sucediendo a una mujer que es víctima de violencia doméstica. Siempre les muestro a estas mujeres el círculo de la violencia y les explico que la violencia puede ser mental, física o social, y todo eso puede tener un efecto sobre ellas.

En Monika Association, trabajamos mucho con trauma. A veces una mujer viene y me dice:

'Bassma, siento que me estoy volviendo loca' o 'ya no soy yo misma' o 'no puedo más'. No puedo concentrarme'.

Suelen tener muchos problemas de amnesia. Vienen con depresión. Vienen con disociación.

Las mujeres migrantes que utilizan nuestros servicios son muy diferentes. A veces vienen de países en guerra. Entonces, si tienes un trauma de guerra y llegas a Finlandia, puede ser traumático. También he notado que algunas de las mujeres que llegaron a Finlandia después de 2015 sufren de algo más que violencia y trauma familiar o de pareja, también se trata de su infancia. Me he dado cuenta de esto, porque a veces he hecho todo lo que sé, pero la mujer seguía sin mejorar, así que tuve que preguntarle sobre su infancia.

Muchas de ellas han sufrido violencia doméstica desde la infancia, muchas tienen problemas de apego y por eso el trauma no es solo eso ('estoy divorciada ahora' o 'mi esposo me maltrata ahora'), sino que tienen lo que llamamos un **trauma complejo o trauma prolongado**.

El trauma prolongado es una mezcla de cosas diferentes: a veces las mujeres que emigran han sido abusadas en su niñez y tienen traumas sexuales desde muy temprana edad; también pueden ser víctimas de violencia relacionada con crímenes de honor o violencia sexual, todo en uno.

Como resultado de esto, la mayoría de las veces las mujeres que son víctimas de una violencia y un trauma durante tanto tiempo se identifican como objetos, y esto significa que también existe una crisis de identidad.

En Monika, nos ocupamos de la violencia doméstica y vemos la violencia relacionada con el honor, y ahora, en los últimos años, también hemos estado trabajando con las víctimas de la trata de personas.

Hay una gran diferencia entre violencia doméstica y mujeres que han sido víctimas de trata. Por lo general, veo en sesión a una mujer que sufre violencia machista entre ocho y nueve veces, pero he estado viendo a mujeres víctimas de trata durante año y medio.

La diferencia es la disociación: cómo miran su cuerpo. Sienten que no son nada, especialmente cuando tienen hijos fruto de este abuso sexual. A veces dicen: 'Odio a mi hijo', y luego tenemos que trabajar en la relación y el apego entre madre e hijo ".

Ayuda y apoyo: cuando una mujer viene a mí y me habla de sus problemas, la envío al Centro de Integración, donde puede recibir orientación y apoyo individual, donde puede aprender finlandés, usar ordenadores, estudiar inglés y conocer a otras personas. Las mujeres también pueden tener un mentor o mentora. El trabajo de estos es individual: se reunirán a solas una hora a la semana. El mentor o mentora le enseña finlandés o informática. También puede enseñarle cómo buscar trabajo y a rellenar solicitudes de trabajo. Luego está el centro de acogida. Las mujeres que se encuentran en peligro y sufren abuso mental, físico o social pueden acudir al centro. El albergue hace casi el mismo trabajo que hacemos en el centro de crisis, pero es por poco tiempo. Después de ese centro, vuelven con nosotras para continuar el trabajo. Es como una bola rodante, sirve para ayudarlas a mantenerse en pie".

VIOLENCIA DOMÉSTICA

ANÓNIMA, MUJER BRASILEÑA EN BÉLGICA

"Conocí a mi ex-marido tras llegar a Bélgica en 2017. Empecé a notar que bebía mucho, y al principio pensé que era algo cultural y tal vez en Bélgica la gente bebe así, pero a medida que pasaba el tiempo, se volvió más controlador y manipulador. En ese entonces no entendía que me manipulaba, solía pensar que era normal. Con el tiempo, empezó a ponerse muy celoso, bebía aún más y se volvió muy agresivo con sus palabras. No quería que me pusiera determinada ropa, que hablara alto (como hacemos los brasileños), empezó a controlar mi comida, en qué dirección miraba yo cuando salíamos... Básicamente, controlaba todo lo que hacía. Incluso empezó a quitarme mi salario. Yo trabajaba y él me quitó todo el dinero. Me quedé embarazada y me deprimí. Él me acosaba Me acosaba para que tuviera sexo con él.

Mi hijo nació de forma prematura. Estaba embarazada de 9 meses. Él y su madre empezaron a gritarme un día, me obligaron a limpiar el inodoro inclinándome de rodillas y, debido al estrés, rompí aguas.

Un hecho sobre la violencia doméstica es que no tiene por qué ser física. Como víctima de violencia doméstica, la gente me pregunta si él me golpeó, si terminé en el hospital, si acudí a la policía. La violencia doméstica no implica golpear a alguien hasta que sangre, se trata de controlar a la mujer. No solo me quitó los ingresos, sino que, después del nacimiento, la prestación por maternidad también fue a su cuenta. Nos casamos cuando estaba embarazada de 6 meses, así que obtuve una visa, pero esto se convirtió en una amenaza para mí. Me decía que si lo abandonaba, me quitarían mis papeles y a mi hijo y me deportarían. Todo esto fue abuso, fue violencia, tan fuerte y dolorosa como si alguien te golpeará. Un día se puso tan agresivo que empezó a zarandearme y a la mañana siguiente lo dejé.

Primero fui a casa de un amigo, luego fui a la policía, que no me ayudó. Me interrogaron, preguntándome por qué no había denunciado antes, por qué hice que mi bebé pasara por todo aquello, por qué no lo dejé antes, por qué no fui a un centro de acogida, me preguntaron si mi médico sabía lo que estaba pasando. No lo dejé porque no tenía adónde ir, no tenía ingresos, tenía miedo.

En segundo lugar, ¿qué debía decirle a mi médico? ¿que me estaba obligando a mantener relaciones sexuales, que mi propio marido me estaba obligando a tener relaciones sexuales? No tenía evidencias físicas como sangrar.

Fui a CPIS, y me dijeron que no podían ayudarme porque todavía estaba casada, y que debería pedirle ayuda económica. Llamé a los centros de acogida de Bruselas y la mayoría ni siquiera descolgó el teléfono. Todo esto es violencia, y **la violencia no solo viene de él, sino que viene del sistema, el sistema que supuestamente debe ayudarte y apoyarte.**

Ahora estoy divorciándome y él ha solicitado la custodia total de mi bebé aduciendo que no tengo ingresos. Sí: no tengo trabajo, no conozco el idioma y el sistema no me ayuda. Pagué al abogado gracias al dinero de una colecta que hice en internet a la que donaron brasileños de todo el mundo. **Es muy difícil sobrevivir como mujer víctima de violencia intrafamiliar, por eso muchas mujeres se quedan en la relación violenta, especialmente las mujeres migrantes, porque no obtienen ayuda ni apoyo del sistema. No tienen adónde acudir. Si estás casada con un belga y te quejas, puedes perder tu visado. El sistema rechaza a estas mujeres y les pone las cosas difíciles, por lo que optan por quedarse en la relación de violencia, ser golpeadas, abusadas e incluso morir, con tal de tener un techo sobre sus cabezas, algo de comida para sus hijos, y no ser deportadas.**

Las diferencias culturales dificultan mucho el acceso a la ayuda psicológica. Aquí, el terapeuta me dijo que dejara de convivir con mi bebé de 6 meses, porque estaba haciendo dependiente a mi bebé. Una amiga mía que también es víctima de violencia doméstica se vio obligada a firmar un documento en el juzgado donde aceptaba dejar de amamantar a su bebé de 10 meses. Así que, ¿cómo ayudar psicológicamente a las mujeres en esta situación, cuando el sistema hace que todo sea difícil y peor para ti? He estado yendo a terapia, pero es a través de una asociación brasileña en Bélgica con experiencia en violencia doméstica que ayuda a madres y mujeres. Me siento cómoda y libre hablando con una terapeuta brasileña, porque me entiende mejor. Con el terapeuta belga siento que no me escuchan ni me comprenden. Me siento juzgada, y luego escuchada y apoyada".

SOBREVIVIR A LA TRATA DE PERSONAS

MALAIKA ORINGO,
FOOTPRINT TO FREEDOM, PAÍSES BAJOS

TESTIMONIO

"Como superviviente de trata con fines de explotación sexual, cuando eres interrogada por la policía, las preguntas no se hacen desde la perspectiva correcta; hablar de explotación sexual es muy incómodo. Explicar mi situación de vulnerabilidad y la explotación que sufrí fue re-traumatizante, así que estuve traumatizada todo el tiempo. Cuando no puedes decirles las fechas exactas, las horas, los países que cruzaste o la identidad real del traficante, rechazan tu caso. Esto implica la retirada de cualquier apoyo (ingresos, vivienda, seguro médico y acceso a la educación). **Existe una verdadera falta de consistencia y una discriminación en el sistema de apoyo.**

Un tema crucial, que es particularmente importante cuando se trata de víctimas de la trata de personas, es que si no obtienen el apoyo que necesitan de las autoridades y se les retira los permisos, entran en un estado de desesperación y de gran vulnerabilidad y corren el riesgo de convertirse nuevamente en víctimas de trata. Estas mujeres se ven en las calles sin alojamiento ni ingresos. Se te acercan traficantes, las llamadas 'madames'. Te dicen que están tratando de ayudarte y que te conseguirán un trabajo. Por lo general, captan a muchas chicas indocumentadas y las envían a Alemania, Bélgica e Italia. **Algunas de mis amigas cayeron en esta trampa y luego me enteré de que las vendieron para que ejercieran la prostitución.**

La razón por la que logré evitar caer de nuevo en la trata fue porque tenía un buen apoyo por parte de mi asistente social. Ella me ayudó a conseguir una beca para estudiar, así que tenía algo a lo que aferrarme. Para mucha gente, si no tienes trabajo, no puedes estudiar y no tienes casa, estás desesperada por aprovechar cualquier tipo de oportunidad que se te presente. Y es más probable que termines en la prostitución, la explotación sexual y la violencia. Si no estás dentro del sistema, el abusador sabe que la policía te está buscando y te amenaza con denunciarte. Lo único que podría salvarte de esta situación es la justicia, pero no puedes acudir a ella.

A veces, hay chicas que son traficadas más de tres veces dentro de los países europeos.

Como mujer indocumentada, vas a terapia, sales y luego necesitas pensar en cómo escapar de la policía, no sabes dónde quedarte, no tienes comida, todo el entorno exterior es tan negativo y tan traumática, que la terapia no es bienvenida. Así que, para que alguien pueda sanar mentalmente de forma completa debe haber una coordinación entre los servicios de asistencia de primera línea. También sugiero que, además de proveer una terapia holística y real, también sean **considerados factores externos como la vivienda, los ingresos y el asilo, que pueden afectar al bienestar mental de una persona.**

Cuando me ofrecieron ver a profesionales de la salud mental, no me dieron la oportunidad de participar en la planificación de esa salud mental. Durante las sesiones, pensaron 'cualquiera que venga de África, esto es lo que necesita'. Ya habían decidido de antemano el tipo de preguntas que harían y el tipo de respuestas que obtendrían. Mi terapeuta y otras muchas personas involucradas en mi caso no tenían formación intercultural y no eran flexibles. Las personas que conocí no estaban realmente especializadas en mujeres migrantes ni en supervivientes de trata.

Yo quería usar terapia restaurativa, quería curarme, luchar y salir adelante. Pero no había recursos disponibles para que esto sucediera y, por lo tanto, no me sentí ayudada. En cada sesión, me arrastraban de vuelta a mi pasado, cuando lo que yo quería era pasar página. Entiendo que no pudieron incorporar el enfoque basado en fortalezas a su enfoque de salud mental. Lo que quiero decir con 'enfoque basado en fortalezas' es que **yo quería hablarles de mis sueños y objetivos, hacia dónde quería ir. Y sentí que, en tanto que mujer indocumentada, no tenía derecho a soñar, a caminar y a ir hacia adelante.** "



MATERNIDAD

**JOHANNA SCHIMA (JEFA DE LA DELEGACIÓN DE LA UE)
& LAURENCE VANDEN ABEELE (JEFA DE MMM BELGIUM),
MAKE MOTHERS MATTER**

"Entre el 4 y el 38% de las mujeres sufren depresión post-parto (PPD). Esta depresión no solo se produce por la gran diferencia de hormonas tras el parto, sino que a veces realmente se produce porque hubo una violación de los derechos entre el médico y la madre.

Ahora, con el COVID, las posibilidades de que las madres desarrollen depresión después de dar a luz son de entre el 50 y el 60%, en comparación con el 15% previo al COVID. Esto se debe a veces a que tienen que usar mascarillas y a que, a menudo, los padres no tienen permitido estar presentes para apoyarlas durante el parto. Asimismo, les retiran al bebé inmediatamente después del parto. Normalmente, una madre que hable el idioma local no entendería por qué se llevan al bebé; esto es peor para una persona que no habla el idioma. Si eres indocumentada, tienes miedo de ser deportada y te encuentras en una situación traumática.

Hay algunos países donde las mujeres deben pagar y, por supuesto, algunas no pueden. Hay países donde deben tener papeles para poder registrarse. En esos casos, no aceptan a mujeres migrantes indocumentadas. Países como Dinamarca y los Países Bajos tienen una tasa más alta de mujeres migrantes que mueren durante el parto.

Y ya ni hablemos de países de Europa Central y Oriental donde no se atiende a las poblaciones desfavorecidas. Si desean acudir a un especialista, no se lo pueden permitir. Así que este derecho universal aún es tal.

Queremos de verdad que Europa cumpla sus compromisos, porque es signataria de todos esos acuerdos internacionales sobre derechos humanos y el derecho a la salud es un 'derecho humano'.

En Bélgica, para obtener un permiso de residencia, una mujer migrante que llega con varios hijos, y tal vez incluso embarazada y sin pareja, necesita tener trabajo. Tiene que levantarse a las 5 de la mañana para preparar a todos y llevarlos a donde corresponda; luego se va a su trabajo, a menudo, mal pagado, en el sector informal o agotador. Si enferman, que es lo más normal cuando tienes hijos, todo este sistema que han construido se derrumba. Al final, la salud de la mujer, no solo la física sino también la salud mental, se encuentra en riesgo.

La salud materna forma parte del derecho a la salud. Se supone que está incluido en las obligaciones de la UE y en las obligaciones internacionales, y muchos países han firmado este acuerdo internacional, pero no todos tienen el mismo sistema de bienestar social".

RECOMENDACIONES

"Sensibilizar es muy importante. En general, a la opinión pública, pero quizá sea aún más importante concienciar a doctores y comadronas, porque no se dan cuenta del trauma que provocan en las madres. Las madres a menudo no saben qué hacer. Pero es importante sensibilizar a las madres porque necesitan saber cuáles son sus derechos. Incluso en Bélgica o en los países europeos, la mayoría de las madres no se dan cuenta de que tienen derechos. Hay cosas que pueden pedir, sobre todo con personas que vienen de lejos y de repente llegan aquí, no saben o no se dan cuenta de sus derechos y de lo que pueden hacer".

MATERNIDAD EN MIGRACIÓN

ZEINAB NOURZEHI,
ARTISTA REFUGIADA,
GRECIA

TESTIMONIOS

"Cuando llegamos de Turquía a Grecia, nos llevaron al Campamento Moria. Yo estaba embarazada de siete meses. En el campamento nos dieron una tienda de campaña para dos personas y nos pidieron que fuéramos a buscar un lugar donde armarla. El sitio estaba muy sucio y hacía frío cuando nosotros estuvimos allí. No podíamos dormir por la noche porque hacía mucho frío en la tienda y el suelo estaba mojado. A causa del frío se podía oír llorar a los niños hasta la mañana. Además, por las noches, los jóvenes se emborrachaban y hacían mucho ruido. Hubo peleas entre diferentes grupos de migrantes, incluso asesinatos y decapitaciones. Familias con mujeres y niños a menudo se encontraban atrapadas entre estas peleas. Recuerdo a una mujer embarazada que se encontró en el medio de las peleas y perdió a su bebé. Afortunadamente, nos trasladaron del campamento tres semanas antes que yo diera a luz a mi hija. Nos proporcionaron un alojamiento que compartimos con otra familia. En el campo tuvimos acceso a "Médicos Sin Fronteras". Una vez que salimos, nos dieron un seguro especial a través del cual solo podemos acceder a las salas de urgencias de los hospitales.

Ahora estoy embarazada de mi segundo bebé y tengo problemas para dormir. **Tengo pesadillas sobre lo que he visto en el campamento de Moria y en mi país.** Me despierto con sudor y ataques de pánico y no puedo volver a dormir. En mis sueños, nos veo en el campamento de Moria, veo a mi hija ahogándose lentamente en el agua de lluvia dentro de la tienda de campaña y yo no puedo salvarla, o veo a alguien apuñalar a mi esposo. **Sé que ya no estoy allí y que estoy a salvo, pero el trauma está aquí conmigo.** Aquí, tenemos asignada una trabajadora social, ella me ha dado un número al que puedo llamar y pedir que me reserven una cita con un médico de salud mental. No sé cuánto tiempo tendré que esperar para una cita y después para ver a un médico. Como no tenemos un documento de identidad, es difícil para nosotros acceder a cualquier servicio. Han pasado dos años y aún no hemos tenido una entrevista de asilo. Recientemente le pagamos 250 euros a un abogado, para que nos consiga una cita con la Oficina de Asilo del Pireo. Finalmente, ahora nos han concedido una entrevista. Esto también me preocupa, porque mucha gente ha sido rechazada. Al parecer, la investigación toma hasta siete u ocho horas. La decisión puede tomar desde un mes hasta un año.

Una vez que tengamos la entrevista y obtengamos la respuesta, tenemos un mes para dejar este lugar y buscar nuestro propio alojamiento. Es por eso que se ven a muchos refugiados y sus familias durmiendo a la intemperie en las calles y en los parques. No tienen ingresos suficientes para pagar un alquiler. Las organizaciones de ayuda les llevan comida y registran sus nombres para eventualmente trasladarlos a otros campamentos. Grecia es un país pobre, incluso su propia gente vive en la pobreza extrema, y ahora mismo está abrumado por una gran cantidad de inmigrantes que necesitan ayuda y apoyo. "



Detalle de una pintura de Zeinab Nourzehi, artista refugiada

DISCRIMINACIÓN MÚLTIPLE

FABIENNE EL-KHOURY,
INVESTIGADORA EN SALUD PÚBLICA,
UNIVERSIDAD DE SORBONNE, INSERM-FRANCIA

"No hay un único tipo de personas, un único tipo de problema, un único tipo de solución. Yo diría, porque hay razones estructurales y de racismo sexual que pueden afectar la salud mental de las mujeres a pesar de su diferencia generacional y de dónde vienen: África subsahariana, norte de África o Asia. Entonces, hay un racismo estructural que es común, pero creo que no vi una única razón, hay necesidades diferentes, por ejemplo hay mujeres migrantes que llegaron después de hechos traumáticos en su país de origen o durante su paso migratorio.

Entonces, estas mujeres tienen diferentes problemas de salud mental porque están realmente traumatizadas y necesitan cuidados especiales, pero tienen también otros problemas.

Hay, por ejemplo, mujeres de primera generación que han vivido aquí durante diez o quince años, que vinieron aquí con titulaciones y tienen diplomas de posgrado y esas cosas. Sabemos que los bajos niveles de educación suelen estar correlacionados con una peor salud mental. El desempleo también está relacionado con problemas de salud mental.

Las mujeres migrantes tienen más problemas de salud mental en comparación con las mujeres francesas que tienen el mismo nivel de educación y situación laboral. Probablemente esto se deba a la discriminación y el racismo estructural, a todas las microagresiones que viven en todo momento.

Incluso para mujeres de segunda generación. En Francia, hay estudios que muestran que son discriminadas durante las solicitudes de empleo, en los salarios, en muchas cosas. Así que al final toda esta discriminación contribuye a una peor salud mental.

Trabajé mucho sobre los síntomas depresivos maternos y posparto y la salud mental. Vi que las mujeres migrantes de primera y segunda generación tenían más depresión posparto que otras mujeres. Hay un estudio europeo que dice que las mujeres de origen migrante tienen más síntomas depresivos que otras mujeres en Europa. Lo interesante es que cuando observamos la depresión posparto, es aún peor entre las mujeres del África subsahariana. Cuando se le pregunta a los adultos menores de 50 años sobre su salud percibida, la pregunta se correlaciona con la salud mental porque generalmente no hay una enfermedad crónica.

Cuando una mujer llega a La Maison des Femmes (es una estructura médico-social que acompaña a mujeres víctimas de violencia) su primer cuidado es la salud física, cosas como el aborto o mutilación genital, o tal vez simplemente quiere anticoncepción. Algunas mujeres suelen ser víctimas de violencia. Para apoyar a estas mujeres, cuentan con médicos, ginecólogos y matronas para atender enfermedades físicas o síntomas físicos, pero también hay psicólogos para atender problemas de salud mental. También hay representantes de la policía y en ocasiones hay especialistas que ayudan a las mujeres a acudir a la policía para que estén protegidas de su agresor. Algunas mujeres vienen solo porque saben que pueden tener acceso a la policía y pueden decir: "Me están abusando o soy víctima de violencia". El problema para la mayoría de estas mujeres son las finanzas y los recursos. Una mujer víctima de violencia no necesita una cosa, necesita muchas cosas. Necesita controles de salud física y, a veces, protección y cuidados. Necesita atención de salud mental y, a veces, ayuda judicial [como] la policía para recibir ayuda y protección. Es importante mostrarles a las mujeres que están protegidas del agresor".

MUJERES Y NIÑAS MIGRANTES

**NATASHA NOREEN,
RADICAL GIRLSSS, ITALIA**

“La salud mental para mí siempre ha sido una gran confusión. Vine a Italia cuando era adolescente y tenía 14 años. En una edad en la que cuestionas todo lo que te rodea. Cuando no conoces el idioma, sientes que todos te van a hacer daño. Vine de una cultura completamente opuesta, de un país islámico a un país con una religión más abierta y liberal. **Fue muy confuso y esa confusión me provocó ansiedad.**

En la escuela, no sabía el idioma y por eso no encajaba. No entendía nada y fue muy inquietante. El hecho de que no me pusieron en una clase con alumnas y alumnos de mi edad, me dolió mucho. La desmotivación y la depresión eran tan fuertes que, a pesar de que la escuela estaba a cinco minutos de donde vivía, yo no quería ir. No podía contárselo a mis padres, no podía contárselo a mis amigos porque no tenía amigos. Me sentí abandonada y sola. Mi padre no me habla, tengo dos hermanos con los que no tengo ninguna relación. El año pasado vine a construir una relación con mi madre. No tengo amigos paquistaníes porque me dijeron que mis pensamientos e ideologías son perjudiciales para ellos y para sus valores culturales. Cuando era adolescente, quería hacer lo que otros jóvenes de mi edad hacían en Italia: salir, emborracharme. **Mi familia nunca entendió lo doloroso que fue convertirme en quien soy.**

Esto me provocó una depresión muy fuerte, tuve tendencias suicidas durante la mayor parte de mi adolescencia.

Cuando estás en una tierra extranjera quieres conectarte con tu comunidad, pero para mí la comunidad era la opresión que dejé atrás y de la que no quería ser parte.

Al rechazar su identidad, rechacé mi propia identidad. Tampoco encajaba con los nativos, fui víctima de acoso escolar debido a mis antecedentes. Todavía me cuesta entender el racismo. Creo que en Europa los gobiernos no han puesto en práctica unas políticas sólidas de integración. Nunca entendimos los procesos de integración, ya que no nos los explicaron. Hoy en día estoy en contacto con chicas de origen surasiático y muchas de ellas tienen la misma historia: **acoso, exclusión, falta de empatía y apoyo incluso por parte de sus profesores.**

La primera psicóloga a la que acudí fue a través de un centro familiar y no me ayudó para nada. Luego me presentaron a una psicóloga de la seguridad social, que fue la peor. Tuve veinte sesiones con ella y siempre me hizo sentir que estaba haciendo algo mal. Cada vez que hablaba con ella, ella reaccionaba como si yo estuviera inventandome cosas, soy yo que me imagino cosas, mi sensación de inseguridad es solo impresión mía. Ella nunca me dio el apoyo o la empatía que necesitaba. Al mismo tiempo, también iba a la psicóloga de mi escuela. Ella nunca me tomó en serio, me tomó como una adolescente más que no quería estudiar y quería salir de la escuela. Me pidió que tomara vitaminas para la salud mental, para que me sintiera mejor. Ella nunca trató de averiguar lo que estaba pasando. Sentí que tenía que hacer todo esto para salvarme, así que por un lado intentaba salvarme y por otro lado matarme y la ayuda que siempre recibí fue para suicidarme en lugar de salvarme. “



BARRERAS

ACCESO A SERVICIOS Y PROGRAMAS DE APOYO

ESTADO JURÍDICO Y ECONÓMICO

La accesibilidad a los servicios está fuertemente determinada por el estado migratorio. Las mujeres migrantes indocumentadas, en particular, enfrentan más obstáculos para acceder a la ayuda. En muchos estados de la UE, los servicios de salud mental no están cubiertos, o solo están cubiertos parcialmente, por la salud pública o los seguros. Si los servicios de salud mental para migrantes no están disponibles, el costo de la terapia autofinanciada es una barrera considerable para muchas mujeres migrantes, especialmente aquellas con niños a quienes mantienen.

LENGUA Y CULTURA

El idioma no solo es crucial para acceder a los servicios de salud mental, sino que también puede comprometer la calidad de los servicios. Un estudio en dieciséis países europeos indica que más del 40% de los servicios sanitarios no ofrecen ningún tipo de servicio de traducción y que el 54% no tiene trabajadores inmigrantes (Kluge et al, 2012). Nuestras entrevistas en el campo indicaron la falta de servicios culturalmente competentes y sensibles que examinen y respondan apropiadamente a las necesidades de las mujeres migrantes, incluido servicios centrados en las mujeres.

ESTIGMA SOCIAL Y CULTURAL

Los estigmas culturales relacionados con la salud mental disuaden a las mujeres de buscar ayuda. Muchos creen que tener problemas de la salud mental equivale a estar "loco". En otros casos, el miedo a que otros (familia, comunidad) se enteren, constituye una barrera considerable para acceder a la ayuda.

LARGO TIEMPO DE ESPERA

Una de las barreras importantes que nos describieron las mujeres migrantes y los profesionales que trabajan con mujeres migrantes fueron las largas listas de espera. En casi todos los países miembros de la UE, hay un período de espera mínimo de 3 a 6 meses.

FALTA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS

Una de las barreras más importantes para que las mujeres migrantes puedan abordar su enfermedad mental es la falta de servicios especializados centrados en las mujeres e informados sobre los traumas. Teniendo en cuenta las importantes diferencias de género y sexo en las necesidades de las mujeres migrantes en relación con la salud mental, la falta de proveedores de servicios capaces de satisfacer esas necesidades, así como la falta de servicios de bajo umbral, constituyen una barrera particular para que las mujeres migrantes alcancen el bienestar.



ACCESO A LOS SERVICIOS

MELISSA NETWORK, GRECIA

THALEIA PORTOKALOGLOU, COORDINADORA DE SALUD MENTAL

"El enfoque de nuestra organización (Melissa Network) se basa en la noción de comunidad. Somos una red que dirige un programa de integración innovador donde las mujeres migrantes y refugiadas participan activamente, más que un centro que brinda servicios. **Nuestro programa es holístico, ya que une una combinación de clases educativas,** talleres de arte, apoyo para la salud mental, talleres de desarrollo de capacidades, apoyo legal y social. Nuestro objetivo es promover el empoderamiento a través de un espacio seguro y creativo donde las mujeres puedan compartir sus conocimientos, fortalezas e iniciativas.

En Grecia, es bastante difícil acceder a los servicios de salud mental. Por el momento, las organizaciones que brindan apoyo en salud mental a los refugiados están llenas y es muy difícil encontrar citas disponibles, especialmente con una psicóloga. Las citas psiquiátricas son más fáciles de encontrar ya que los servicios psiquiátricos están disponibles dentro de los servicios públicos, como los hospitales. Sin embargo, con respecto a la psicoterapia regular que la mayoría de las mujeres migrantes y refugiadas necesitan, los recursos y el acceso son cada vez más limitados. Si alguien logra acceder, lamentablemente, el proceso psicoterapéutico no dura mucho ya que hay una larga lista de espera. Por lo tanto, a menudo ocurre que incluso si alguien ingresa a la terapia, no hay constancia y la relación terapéutica, que es extremadamente importante, no puede desarrollarse de manera efectiva".

YASAMAN HEIDARPOUR, MEDIADORA CULTURAL

"Para todos los migrantes, especialmente las mujeres migrantes, es difícil acceder a cualquier tipo de servicios, incluida la salud mental.

En Grecia todo marcha muy lento, hay lista de espera para acceder a cualquier tipo de servicio. Por mi experiencia, cuando quería concertar una cita con un especialista externo en salud mental, me decían que había que esperar un mes o más.

Algunas de las mujeres que vienen a Melissa quieren ver a un especialista en salud mental debido a sus experiencias traumáticas en su propio país y/o en su viaje migratorio. Muchas mujeres han experimentado cosas malas durante su viaje a Grecia.

Para los migrantes recién llegados, existe una falta real de información básica o primaria sobre los servicios disponibles. Los migrantes que llegan a Grecia a menudo se sienten confundidos y perdidos en cuanto a qué hacer y adónde ir. Sería una ayuda si tuvieran la información principal sobre lo que pueden hacer y adónde pueden acudir en busca de ayuda y apoyo en los campamentos o al llegar. Por otro lado, **tener la información no significa que automáticamente puedan acceder a todo.** Si no conocen el idioma, no podrán establecer una conexión con las organizaciones.

El desconocimiento del idioma es uno de los principales obstáculos para acceder a los servicios. Los servicios tienen dificultades con la interpretación, faltan intérpretes. Además, hay algunas mujeres migrantes que no quieren ver a un profesional de la salud mental, debido a los tabúes culturales y la estigmatización asociada a la salud mental. En algunas culturas, acudes al médico de salud mental si te has vuelto loco, por lo que se tiende a evitar cualquier tipo de vínculo con temas de salud mental. Pero incluso si hay mujeres que sí quieren ver a un profesional de la salud mental, no es tan fácil; tienen que saber dónde y cómo acceder a uno, y si no conocen el idioma, incluso concertar una cita es difícil".

**PATRICIA VIVIANA PONCE,
FUNDACIÓN HAURRALDE,
ESPAÑA, PAÍS VASCO**

“En España, el estado de los servicios de salud mental es pésimo. Son lentos con una larga lista de espera. En Euskera especialmente, los servicios de salud pública necesitan una atención urgente y deberían ser mejorados.

Por otro lado, los servicios psiquiátricos administran directamente a las mujeres medicamentos antidepresivos. La mayoría de las mujeres que acuden a estos servicios ya están diagnosticadas con problemas patológicos. Así, **vemos que el sistema de prevención está fallando y no se le da importancia a la salud mental para el bienestar de las mujeres migrantes.**

Es necesario considerar la salud mental de las mujeres migrantes como importante y brindar los servicios necesarios y satisfactorios. Los tiempos de espera deben ser reducidos. Los profesionales de la salud mental debería tener sesiones de asesoramiento y psicoterapia para escuchar a las mujeres en lugar de ponerlas directamente en medicación. Monitorización y prevención son fundamentales y es necesario invertir en fondos públicos. Las ONGD deben trabajar con personal cualificado y especializado sobre todo en mujeres víctimas de violencia y abuso sexual.

Los mejores enfoques pueden incluir asesoramiento y terapia, pero también enfoques preventivos como lugares seguros y otros servicios a los que se puede derivar a las mujeres. El programa que tenemos actualmente es prestar atención a los casos de mujeres que ya tenían problemas de salud mental. Desafortunadamente, con el Covid-19 su situación se ha agravado.

Estas mujeres se enfrentan a muchas dificultades socio-económicas, como la pérdida del empleo o la pérdida del empleo de sus familiares, que las dejan con un futuro incierto. En nuestra organización estamos abordando estos temas brindando servicios como talleres de reciclaje, cursos de español y apoyando a esas mujeres en sus procesos de integración”.

**ZARGHONA RASSA,
BRITISH AFGHAN
WOMEN'S SOCIETY,
REINO UNIDO**

“No es nada fácil para las mujeres negras, asiáticas y de minorías étnicas (BAME) acceder a los servicios; sin mencionar que es difícil para ellas poder contactar con estos proveedores de servicios debido a las restricciones dentro de su propia familia y comunidad, y al estereotipo negativo sobre la salud mental en su comunidad. En segundo lugar, se necesitan meses y, a veces, años para que las mujeres se registren y se reconozca que necesitan un tratamiento de salud mental adecuado y regular. Además, una vez que las mujeres son remitidas al especialista en salud mental por sus médicos de familia, deben esperar mucho tiempo para ser atendidas. **Para una mujer que padece una enfermedad mental, lamentablemente, a veces, es demasiado tarde, especialmente en los casos de mujeres que deben mantener relaciones con parejas violentas.**

**SHAZA ALRIHAWI, GIRWL
(GLOBAL INDEPENDENT REFUGEE
WOMEN LEADERS)
ALEMANIA**

“En Siria, yo era una profesional que trabajaba como psicóloga. Cuando llegué a Alemania, mi educación y calificaciones no fueron reconocidas. Sentí que nadie me entendía. Ser profesional y ser consciente de tener un problema de salud mental me dio más tensión y estrés. Aquí es muy difícil entender el sistema de salud. Aquí tienes que acudir primero a tu médico de familia y el/ella te deriva a un especialista o tienes que buscar un especialista tú mismo. Para ver a un especialista en salud mental, hay un tiempo de espera de seis a ocho meses. Cuando tienes una enfermedad mental, estos meses son mucho tiempo. No sabes lo que va a pasar; incluso puedes suicidarte.

Recibí una derivación de mi médico de cabecera a un especialista. Acudí a la cita, el médico era un hombre. Comenzó a revisar mi condición física (rodillas, hombros, espalda) y me dijo que no tenía nada malo. Le dije: "Pensé que eras psicólogo, estoy bien físicamente, pero soy enferma mental. Me dijo: "Es mejor que cierre la boca, tal vez también baje de peso". Me sentí peor y simplemente hui corriendo de ahí. Después de un tiempo me diagnosticaron depresión severa, porque estaba sola, extrañaba a mi familia (que todavía está en Siria). Esta vez obtuve una referencia con un médico diferente que era una mujer; una mujer alemana blanca. Estaba feliz de ver a una mujer, pensé que me entendería mejor. Pregunté si podíamos hablar inglés, mi alemán estaba limitado y me sentiría cómoda expresándome en inglés. Ella dijo "no", yo tengo que hablar alemán, que había estado viviendo en Alemania durante 4 años y si no podía hablar el idioma, ¿cómo podía gestionarme a mí misma? Y que debe ser difícil para las mujeres de mi cultura vivir en Alemania. Ella me dijo "debería elegir un país que se adapte a su origen cultural".

“Sentí que me estaba castigando por no poder hablar alemán y llevar un pañuelo. **Cuando se accede a los servicios, el idioma es un problema real además de las barreras culturales. Hay una cultura detrás del lenguaje, puedes decir una cosa y querer decir otra culturalmente”.**

**ANILA NOOR, NEW WOMEN
CONNECTOR, PAÍSES BAJOS**

“Vine a los Países Bajos hace unos siete años como solicitante de asilo. Cuando llegamos aquí tuvimos que quedarnos en un campo de refugiados hasta que se procesara nuestro caso de asilo. En el campo conocí a muchas mujeres de diferentes países que realmente necesitaban ayuda psicológica, pero desafortunadamente, debido a las barreras culturales y del idioma, no pudieron acceder a ningún servicio de salud mental, además, no había ningún servicio de salud mental disponible en estos campamentos. Tener este tipo de servicio en los campos de refugiados es muy importante. Como mujer migrante sufres muchos traumas, no solo por el viaje migratorio sino también por no ser comprendida por los nativos. Soy de Pakistán, soy musulmana y soy sunita y mucha gente no entendía por qué estaba aquí y me hacía preguntas, esto me ha causado profundos traumas. Empecé a desarrollar problemas psicológicos y fobia a los perros.

Necesitaba sanar, por cierto necesitas un proceso de sanación para superar lo que has pasado como mujer migrante. Entonces fui a mi médico y me refirió a una psicóloga. Había un tiempo de espera mínimo de tres a seis meses. Fui a las sesiones de asesoramiento solo tres veces porque no me sentía cómoda con la psicóloga que era una mujer holandesa.

Había barreras culturales y religiosas, me sentía como si le estuviera dando una formación cultural. Ella no entendía por qué le temía a los perros y por qué había desarrollado fobia a los perros. Tuve que explicarme cultural y religiosamente y le di las razones detrás de todo lo que le decía. Me tomó mucha energía y me sentí más deprimida que antes. Entonces, sentí que estaba perdiendo el tiempo. Así que me fui después de tres sesiones".s.

**EVA VALENTOVÁ,
ASSOCIATION FOR INTEGRATION AND MIGRATION,
REPÚBLICA CHECA**

"En la República Checa hay dos tipos de inmigrantes, uno está incluido en el sistema público de seguro de salud y otro no, por lo que los que están incluidos son personas con residencia permanente, ciudadanos miembros de la UE y personas empleadas por empleadores checos. **Pero los autónomos y las personas con residencia de larga duración no están incluidos en el seguro público de salud, siempre tienen que pagar.** En cuanto a la salud mental, incluso si eres parte de la salud pública, tienes que pagar. Tienes que pagar 40 euros la hora, pero en República Checa eso es mucho dinero.

El principal problema en la República Checa es que la salud mental ni siquiera es reconocida por la mayoría como una forma estándar de tratamiento. Todavía hay estigmatización y estereotipos hacia el cuidado de la salud mental, herencia de la época comunista. Incluso el sistema sanitario no es muy acogedor ni fácil de usar para la mayoría de los usuarios. Y esto también puede ser un gran obstáculo para los migrantes.

En cuanto a las mujeres que sufren violencia doméstica, tratamos de derivarlas y cooperar con otros servicios especializados para ayudarlas. Nuestro trabajo es arreglar su situación de residencia en el país, porque muchas veces bajo la legislación si una mujer quiere divorciarse, especialmente si es una mujer cuyo estatus se basa en la reunificación familiar, perderá este estatus, lo que significa perder la residencia completa. Existen opciones para conseguir otro tipo de residencia, sin embargo no es un trámite fácil, en estos casos se necesita asistencia legal. En cooperación con otras organizaciones, les ayudamos a conseguir alojamiento y les apoyamos con otros servicios sociales si es necesario.

En estos casos el principal problema es la barrera del idioma. Contamos con una red de trabajadores interculturales, que ayudarán con la interpretación y al mismo tiempo explicarán el contexto intercultural a nuestras asistidas. **El gran problema es cuando necesitan ser alojadas en un refugio, y si tienen una barrera lingüística muy grande, serán rechazadas.**

Para las mujeres solicitantes de asilo que sufren violencia doméstica y están siendo abusadas, dentro de los campos de refugiados, hay habitaciones separadas y, a veces, edificios separados también para mujeres solteras y madres solteras. En los campos de refugiados, se les asignan psicólogos y terapeutas, pero luego hay la barrera del idioma. Intentan proporcionar interpretación, pero para algunos idiomas es difícil conseguir un intérprete, por ejemplo, el idioma tailandés tiene un solo intérprete certificado en todo el país y lo mismo pasó para el somalí. Con las mujeres somalíes también tuvimos que lidiar con su analfabetismo, lo que dificulta la situación para todos, no solo para los servicios para refugiados, sino para todos los servicios de asistencia. **En la República Checa, las migrantes enfrentan importantes barreras lingüísticas, lo que dificulta mucho el acceso a la salud mental, no pueden expresarse como les gustaría.** Para las mujeres nacionales de terceros países hay también enormes barreras culturales respecto al acceso a los servicios".



MARI MOZAFARY, HUNGRÍA

"En Hungría, la situación de los migrantes cambia cada año. Está empeorando. En 2015, cuando llegué a Hungría, las fronteras estaban abiertas y no había muchas restricciones. Solían retenerte una o dos noches en la comisaría. Nos metieron en una celda. Para mí, fue la primera vez que experimenté estar en prisión y todas mis inquietudes y anomalías partieron de ahí. Para mí, estar encerrada en esa habitación fue increíble, aunque había otra familia con sus hijos en la misma celda, pero me sentí extremadamente incómoda. **En mi país, yo era abogada y juez, pero por primera vez experimenté ser una presa y fue extremadamente difícil para mí.** Después de eso, nos trasladaron a un campamento, que estaba a 40 minutos de Budapest.

En ese momento, Hungría era una zona de tránsito para muchos migrantes. Los migrantes solo pasaban por Hungría de camino a otros países europeos como Alemania, Francia, Suecia, Reino Unido, etc. Los campamentos estaban completamente llenos y no tenían sitio para acomodar a las personas. La gente dormía en las estaciones de metro, parques y calles. En los campamentos, muchas personas compartían habitaciones, pero yo estaba sola **y, como mujer soltera, tenía miedo y comencé a no sentirme segura.**

A medida que el número de inmigrantes comenzó a aumentar, se les dijo que debían encontrar un lugar en el campamento para ellos mismos. La gente venía constantemente a mi habitación para ver si estaba libre. A veces llamaban a la puerta, a veces intentaban entrar. Dentro del campo, algunos migrantes consumían drogas y a menudo había peleas entre grupos de migrantes. Durante la noche comencé a dejar de dormir, tenía miedo de que alguien entrara a mi habitación. Mis problemas de sueño continuaron durante tres meses. Esto se sumaba a la presión mental por lo que estaba pasando como mujer migrante soltera (las cosas por las que pasé en el viaje migratorio, dejando atrás a familiares y amigos, y preocupándome por su bienestar, dejando mi trabajo).

En el campamento, había abogados gratuitos de Helsinki y médicos de Cordelia (es una organización de salud mental que ayuda a los migrantes) para brindar servicios a las personas. Finalmente decidí buscar ayuda y fui a ver a un médico. Les hablé de como me sentía insegura, estresada y constantemente asustada. El médico me dio pastillas para dormir, pero incluso tomar esas pastillas no me ayudó, no me hizo sentir segura. Finalmente, mi abogado trabajó duro en mi caso y mi asilo fue aceptado. Desde que estoy fuera del campamento, no tengo muchas dificultades para acceder a los servicios".

**VERONIKA SUSEDKOVA,
REINO UNIDO**

"Al estar involucrada con diferentes grupos de mujeres migrantes, y siendo yo misma una mujer migrante, he visto que las personas enfrentan diferentes barreras según su estatus migratorio. Vine al Reino Unido gracias a la libre circulación de la UE, por lo que no enfrenté algunas de las barreras que las mujeres que pasan por un sistema de inmigración restringido tienen que enfrentar. Si eres una mujer solicitante de asilo, recorres una ruta realmente horrible. Siento que he tenido una experiencia más fácil porque he tenido derechos similares a los de los ciudadanos británicos.

El **"poder de los pares"** es importante en relación con el bienestar mental de las mujeres en general. He podido obtener apoyo gracias al trabajo que hago. En el camino, he adquirido habilidades, formas de enfrentarme a mí misma y formas de trabajar con los demás. Esto me ha ayudado a proteger mi salud mental y mi bienestar y me ha permitido transmitir mis habilidades a otras, tanto a nivel profesional como personal. Lo que escuchamos de las mujeres y lo que vemos en la manera en que las mujeres interactúan cuando hay apoyo disponible, es importante. Las mujeres se informan recíprocamente cuando el servicio es bueno y cuando el servicio no funciona. He estado involucrada en uno de los servicios de apoyo de salud mental que ofrece apoyo a todas las mujeres de la comunidad sin importar su estatus migratorio, y que no pone barreras formales de acceso. **Hemos visto la eficacia tanto cuando las mujeres vienen en busca de apoyo a través del "boca a boca" e informalmente, como cuando las mujeres son referidas a través de rutas formales.** Cuando una mujer se muda, pierde el apoyo y sus redes y una mujer que se ha mudado de su país de origen necesita tiempo para averiguar quiénes son los aliados, incluso si los aliados no son del mismo país o no hablan el mismo idioma. Algunos de los aspectos clave de los que hablan las mujeres son el aislamiento, la soledad, el miedo a no saber cómo navegar por el nuevo sistema. Por ejemplo, cuando una mujer llega a un nuevo país sola o con su pareja y tenga hijos o no, está sola. Porque muchas veces el hombre sale y hace cosas y la mujer se queda sola (no hablo de mujeres a las que se les permite trabajar), no sabe cómo acceder a los servicios locales. Sin embargo, una vez que se entera del apoyo local y conoce a otras mujeres de la comunidad, se convierte en parte de la red.

Aunque el idioma puede ser una barrera para obtener apoyo para la salud mental, para muchos, la salud mental es simplemente un tabú. En algunos casos, la familia y la comunidad impiden que las mujeres reciban apoyo de salud mental, porque quieren mantenerlas bajo control. **En este sentido no hablo solo de mujeres migrantes, esto pasa en todas partes, es la sociedad patriarcal, sexista y misógina en la que estamos. Debido a las normas culturales y a como se configura la sociedad, buscar apoyo más allá de algo que es necesario a menudo no es aceptable.**

Entonces, a una mujer migrante que necesita visa y ciudadanía, se le recomienda ir a clases de ESOL y nada más. Por lo tanto es **importante construir un 'servicio dentro del servicio' para apoyar a algunas mujeres migrantes.** Por ejemplo facilitando la creación de redes, la sensibilización cultural, el aprendizaje de vocabulario sobre cómo expresarse en relación con el bienestar mental a través de las clases de idiomas a las que acuden muchas mujeres".

CONCLUSIONES

Las historias en este informe son de profesionales que trabajan con las mujeres migrantes y de las propias mujeres migrantes y refugiadas. Las experiencias, que son variadas y se basan en diferentes países de la UE (**Bélgica, Hungría, Italia, Grecia, Reino Unido, República Checa, España, Francia, Alemania, Países Bajos, Finlandia e Irlanda**) que nos brindan una visión general sustancial de lo que se está logrando y lo que debe abordarse en relación con el sistema de atención de la salud mental en Europa.

Durante la migración, además de vivir con experiencias traumáticas previas, muchas mujeres se encontraron con diferentes factores estresantes como restricciones y barreras en el acceso a la vivienda, la educación, la salud, la carrera; ingresos bajos o nulos, el trámite gravoso y hostil de sus casos de asilo, la falta de apoyo del gobierno y la discriminación en los servicios, lo que las dejó con sentimientos de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático. Algunas de estas mujeres a menudo atribuían sus emociones negativas, como el estrés y la ansiedad, a la pérdida de su estatus profesional y al no tener poder sobre sus vidas. Se sentían como si "estuvieran convirtiéndose en nadie".

El informe destaca la importancia de superar las barreras del idioma, las brechas en la comprensión intercultural de los profesionales, los largos tiempos de espera para ver a un especialista en salud mental, la falta de acceso a información básica, la conciencia sobre los servicios y los tabúes culturales sobre la salud mental dentro de las comunidades de migrantes. Se recomendó encarecidamente hacer hincapié en la formación y contratación de profesionales de origen migrante en el sistema de atención de la salud, la disponibilidad de servicios especializados con experiencia en la prestación de servicios para mujeres, programas adaptados a las mujeres y grupos de apoyo para ayudar a las mujeres en peligro y con mala salud mental.

Al explorar el impacto en la salud mental de cuestiones específicas de la mujer, como la maternidad, así como las formas de violencia que afectan principalmente a las mujeres entre los migrantes, como la violencia doméstica, la prostitución y la trata y la mutilación genital femenina, este informe ofrece diferentes puntos de vista sobre cómo las autoridades pueden revisar sus políticas y enfoques e incorporar las recomendaciones sugeridas en su sistema existente.

RECOMENDACIONES

- **Enfoque holístico de la prestación de servicios que incluye un alcance comunitario proactivo, con un alcance enfocado a las mujeres migrantes, refugiadas y pertenecientes a minorías étnicas.**
- Formación de profesionales para sensibilizar sobre prácticas basadas en los derechos humanos, culturalmente sensibles y centradas en las mujeres en las relaciones con la salud mental de las mujeres migrantes.
- **Inclusión de medios de transporte seguros, cuidado de niños, cursos de idiomas, apoyo social y económico adecuado para mujeres migrantes en los programas de apoyo .**
- Programas de sensibilización temprana para mujeres migrantes y refugiadas con información y apoyo sobre los derechos humanos de las mujeres y el acceso a los servicios, incluidos los servicios de salud y salud mental. Esa información debe proporcionarse antes de que las mujeres se encuentren en una crisis y busquen ayuda, especialmente en casos de violencia doméstica.
- **Mujeres entrevistadoras e intérpretes, así como apoyo legal, para que las mujeres puedan revelar su historial migratorio, incluyendo cualquier historial de violencia, abuso o explotación.**
- Programas educativos y recreativos basados en los derechos humanos para jóvenes mujeres y **niñas migrantes**, como teatro, danza, deportes y actividades creativas, para fomentar la confianza y abrir un debate sobre identidad, cultura y tradición.
- **Formación y sensibilización de educadoras, docentes y trabajadoras sociales, sobre diversidad cultural, sensibilidad e integración cultural basada en los derechos humanos.**
- Establecer un sistema de derivación de salud mental informado en cooperación con los servicios gubernamentales, la asistencia social, los refugios y la policía.
- **Establecer servicios culturalmente sensibles con profesionales de la salud mental capacitados en cultura y derechos humanos y un entorno de asesoramiento no discriminatorio y sin prejuicios donde las mujeres de diferentes orígenes sean bienvenidas.**
- Reducir el tiempo de espera para acceder a profesionales de la salud mental y/o servicios especializados y/o una derivación rápida para programas de apoyo comunitario dirigidos por mujeres.
- **Desarrollo y apoyo de grupos locales de apoyo en casos de violencia doméstica y servicio directo con enfoque en mujeres de diferentes orígenes.**
- Apoyo y desarrollo de **servicios de salida** feministas holísticos dirigidos por mujeres para mujeres explotadas en la prostitución y víctimas de trata con fines de explotación sexual.
- **Apoyo y financiamiento para las organizaciones lideradas por mujeres existentes, que ya trabajan con mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia y discriminación.**
- Apoyo y financiamiento para organizaciones lideradas por mujeres migrantes que ofrecen una variedad de servicios que incluyen: servicios centrados en las mujeres, refugios solo para mujeres, mentoras de mujeres, cursos de idiomas, apoyo legal, talleres y recursos de sensibilización, psicólogos y consejeros. Es más probable que se acerquen y proporcionen información y apoyo a mujeres y niñas migrantes y refugiadas para que accedan a los servicios de salud mental que necesitan.

RECURSOS ÚTILES

BUENAS PRÁCTICAS SOBRE EL BIENESTAR MENTAL DE MUJERES MIGRANTES

- **Principios centrados en las mujeres:** <https://womencentre.org.uk/wp-content/uploads/2020/04/Applying-Women-Centered-Principles.pdf>
- **Reunión informativa sobre mujeres migrantes y salud mental:** <https://womencentre.org.uk/wp-content/uploads/2021/06/WomenCentres-contribución-a-ENoMWs-report-women-migrantes-and-mental-health-May-2021.pdf>
- **Cómo mejorar el uso de los servicios sociales y de salud para las mujeres que han vivido en el exilio:** <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/516-comment-ameliorer-le-recours-aux-services-du-social-et-de-la-sante-pour-les-femmes-ayant-vecu-l-exil-tables-sante-migrantes-2018-rapport.html>
- **COVID- 19: SU IMPACTO EN LAS MUJERES INMIGRANTES DE LA CIUDAD DE VALÈNCIA:** <https://asociacionportimujer.org/wp-content/uploads/2020/11/Informe-Covid-PortiMujer.pdf>
- **Terapia Feminista Radical; trabajando en el contexto de la violencia por Bonnie Burstow:** <https://drive.google.com/file/d/1xhSvKqGXnWuwEY6SwP9rD1QX8lcwpiRS/view?fbclid=IwAR32Y5wUrR01wP4XG7KB5tY2Ia32fe92fVUcyIVq0-cGtoXszA2fcLWS9PA>

BIENESTAR MENTAL MATERNO

- **Salud mental de mujeres embarazadas migrantes y refugiadas:** <http://www.europeanjournalofmidwifery.eu/Addressing-mental-health-issues-among-migrant-and-refugee-pregnant-women-A-call>, 108626.0.2.html
- **Salud materna y mental de mujeres inmigrantes:** <https://www.gmmh.nhs.uk/download.cfm?doc=docm93jjm4n895.pdf&ver=1674>

MUJER Y SALUD MENTAL

- **Hablemos: Experiencias de salud mental de mujeres migrantes, Informe, Irlanda, Aki DWA, enero de 2020:** <https://akidwa.ie/wp-content/uploads/2020/01/LetsTalk2.pdf>
- **Mujeres en el centro:** <https://www.centreforwelfarereform.org/uploads/attachment/429/women-at-the-centre.pdf>
- **Salud mental de la mujer de la OMS:** http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66539/WHO_MSD_MDP_00.1.pdf;jsessionid=29E7E007741F794C7AF353A6E530930B?sequence=1
- **Cómo mantener el bienestar mental después de un año de bloqueo pandémico, Association for Integration and Migration, República Checa:** https://www.migrace.com/adm/_upload/docs/preklad_tipy_psychoterapeutky_eng_1623409471.pdf
- **Aspectos psicosociales y de salud mental de la salud de la mujer:** http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61376/WHO_FHE_MNH_93.1.pdf?sequence=1
- **Bienestar de las mujeres:** <https://www.hsconsultancy.org.uk/system/resources/2/working-towards-womens-wellbeing-unfinished-business.pdf?1302161290>
- **Las mujeres jóvenes y la salud mental:** <https://weareagenda.org/wp-content/uploads/2020/11/Struggling-Alone-3.pdf>
- **Determinantes sociales de la salud mental de las mujeres inmigrantes:** <https://www.hindawi.com/journals/aph/2016/9730162/>
- **Mujeres en la migración, emociones y salud mental en la República Checa:** https://www.migrace.com/adm/_upload/docs/sheet_mental-health_1619708373.pdf

TRAUMA

- **Enfoque informado sobre el trauma :** <https://weareagenda.org/wp-content/uploads/2020/11/Struggling-Alone-3.pdf>
- **Trauma y prostitución:** <https://www.trauma-and-prostitution.eu/en/>
- **Trauma en mujeres exiliadas, psicoterapia grupal :** <https://www.cairn.info/revue-l-autre-2011-3-page-327.htm?contenido=sumario>

RECONOCIMIENTOS

Queremos agradecer a todas los participantes: Stefanie Bode, Dra.Caroline Munyi, Pierrette Pape, Johanna Schima, Laurence Van Den Abeele, Zeinab Nourzahi, Bassma Chaoki, Malaika Oringo, Natasha Noreen, Fabienne El - Khoury, Mary Mozafary, Zarghona Rassa, Shaza Alrihawi, Ani la Noor, Patricia Viviana Ponce, Eva Valentova, Thaleia Portokaloglou, Yasaman Heidarpour, Veronika Susedkova y dos mujeres de Bélgica que deben permanecer en el anonimato, por brindarnos su valioso tiempo y compartir sus experiencias (a nivel personal y profesional).

Nuestro agradecimiento especial para Wilma M. Middendorf por su investigación documental, por realizar algunas de las entrevistas y transcribirlas.

Gracias Dina Nazari y Vanesa McCulloch por la revisión y las correcciones.

Gracias a Sofía Mangano y Rosa González por la traducción y corrección de este informe.



La Red Europea de Mujeres Migrantes es una plataforma feminista, laica, dirigida por mujeres migrantes y no afiliada a ningún partido, que defiende los derechos, las libertades y la dignidad de las mujeres y niñas migrantes, refugiadas y de minorías étnicas en Europa.

www.migrantwomennetwork.org | info@migrantwomennetwork.org

Copyright © European Network of Migrant Women 2021