

# Estudio de mujeres nigerianas en Udjama

Alonso Sánchez I.; Martín Naranjo M<sup>a</sup> T.; Ortiz Ortiz G.; Martínez García S.; Vega Benítez S.  
CRUZ ROJA ESPAÑOLA LAS PALMAS.

## Resumen:

**Antecedentes:** Es propósito del presente estudio descubrir cómo se vive el VIH en la comunidad Nigeriana: identificación de mitos/creencias y conocimientos en torno al VIH en base a sus rasgos culturales y la transformación de los mismos una vez inmersos en la sociedad canaria.

**Métodos:** Estudio cualitativo y cuantitativo. Aplicación de un test a 16 mujeres inmigrantes de origen nigeriano residentes en el Centro de Acogida inmediata Udjama de CRUZ ROJA ESPAÑOLA Las Palmas.

**Resultados:** 50% nunca revisión médica; 56,2% nunca asistencia ginecológica (93,7% madres.) 42,8% prueba VIH anterior llegada España. 0% conocimiento definición SIDA, 0% identificación siglas; 65% creencia prueba de sangre como mecanismo identificación; 20% SIDA reconocido por aspecto externo. 72,5% identificación SIDA = "enfermedad del sexo". Reconocimiento como ITS: 35% Gonorrea, 32,5% SIDA, 12,5% Herpes, 10% Sífilis. 37,5% sufren ablación del clítoris; 41,1% identificación relaciones sexuales = tener hijos; 20,5% sexo = amor. 16% identificación sexo oral sin protección = principal práctica de riesgo. 56% identificación prácticas étnicas con hojillas como de riesgo. 62.5% han mantenido relaciones sexuales sin protección en país origen. Prácticas sexuales sin preservativo mas comunes: coito vaginal (33%) y sexo oral (28%). 8.5% practican sexo anal. 100% no consumen drogas. 93.7% usan condón para evitar embarazo. \_ reconocen preservativo como método ante embarazo e .I.T.S. 75% no contestaron uso del preservativo en España.

**Conclusiones:** Necesidad de educación en la salud a la población nigeriana inmigrante para reducir progresivamente sus miedos y temores y facilitar el acercamiento a los servicios sanitarios. Información deficitaria sobre SIDA ,ITS y métodos anticonceptivos. Propuesta de intervención: ampliar la información, despejar dudas, reforzar conocimientos y disminuir prejuicios. Ante la visión Sexualidad=Fertilidad se plantea un acercamiento a sus creencias compartiendo otras alternativas y posibilidades del disfrute e una sexualidad plena, consciente y responsable.

## Palabras clave:

Inmigrantes. Nigeria. Udjama. SIDA. I.T.S.

## Introducción

Con el deseo de descubrir cómo se vive el VIH en la comunidad nigeriana: identificación de mitos/creencias y conocimientos entorno al VIH en base a sus rasgos culturales y

la transformación de los mismos una vez inmersos a la sociedad canaria, se pone en marcha el presente estudio desde el Centro de Primera Acogida Udjama perteneciente a Cruz Roja Española Las Palmas.

## Correspondencia:

Vega Benítez, Sofía.  
C/ Méjico,38.Las Majoreras. Carrizal de Ingenio. C.P. 35250 Las Palmas de G.C.  
sovebe@cruzroja.es

Nigeria, con una superficie de 923.768 Km<sup>2</sup> es el país más poblado de África con 106 millones de personas. La esperanza de vida de sus habitantes es de 50 años, con un índice de mortalidad infantil de 81 por 1000 hab. Existe un médico por cada 5.882 hab. (1988-91) y sólo el 40% de la población tiene acceso a agua potable (1990-95). Según datos de ONUSIDA, Nigeria es el tercer país más afectado en África por la epidemia del SIDA. El Ministerio de Salud Local afirma la existencia de 3.5 millones de nigerianos infectados. La mayor parte de los contagiados, según Ibiwonke Akinsete, directora del Comité de Acción Nacional contra el SIDA, tienen entre 15 y 29 años de edad, lo que constituye la potencial mano de obra de toda la población. ONUSIDA lanzó durante el 2001 un programa clínico masivo para atender a unos 15.000 enfermos de SIDA nigerianos, 10.000 adultos y 5.000 niños, con medicamentos genéricos antirretrovirales procedentes de la India. Sin embargo, este país todavía tiene que sufrir las graves consecuencias de la epidemia del SIDA, así como se ha experimentado en el sur del continente africano, donde bastantes países han llegado a sufrir cifras de hasta un 20% de la población total afectada. La gran mayoría de los africanos portadores del VIH/SIDA ignoran su estado; además de una disponibilidad insuficiente de Kits de detección del VIH/SIDA en la región, hay pocos africanos dispuestos a utilizarlos porque el estigma asociado a la enfermedad y la falta de tratamiento

los disuaden de averiguar su condición frente al VIH.

El SIDA, ocupa el octavo lugar de causas de muerte más significativas en España (según el I.N.E). Según datos publicados en el 2002 por el Ministerio de Sanidad y Consumo, la prevalencia en España del VIH en la población general está entorno a 3 infecciones por mil habitantes, y se eleva a 6 por 1000 en el grupo de 20 a 39 años de edad. Se estima que en España hay entre 110.000 y 150.000 personas vivas con infección por el VIH, aunque probablemente más de la cuarta parte de ellas todavía no han sido diagnosticadas.

Durante el pasado año 2002 se diagnosticaron en España 2329 casos de SIDA, según el Registro Nacional de SIDA de Junio del 2003. Las vías de transmisión más frecuentes son: el compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas (51%), un 28% en la transmisión por relaciones heterosexuales no protegidas y un 13% en las relaciones homosexuales no protegidas entre hombres.

Desde el comienzo de la epidemia se han notificado en España 1359 casos de SIDA en personas de otros países de origen, lo que supone el 2.7% del total. Esto demuestra que hasta el momento la epidemia del VIH/SIDA en España se ha producido fundamentalmente por transmisión entre la población autóctona, con muy poca repercusión de los movimientos de población internacionales (Según el Informe de la Situación Epidemiológica de España en el 2001). Sin embargo, el número de casos de SIDA en inmigrantes ha aumentado en los últimos años, en contraste con la tendencia descendente que se registra de la población autóctona desde el 94. Esto ha llevado a que la proporción de los casos de SIDA que son inmigrantes haya aumentado desde un 1.2% hasta el 9.6%. Según el lugar de procedencia existe un 39% de casos SIDA de Europa, seguida de África con un 29%. En último lugar, América, con un 27%.

Entre los casos de SIDA originarios de África, más de dos tercios son de África Subsahariana y se distribuirían por un amplio número de países entre los que destacan: Gambia, Senegal, Guinea Bissau,

Guinea y Ghana, ocupando el sexto lugar.

El 61% de los sujetos de origen subsahariano se han infectado por vía heterosexual y probablemente muchos de los casos son por vías de transmisión desconocida. Los casos de SIDA registrados en inmigrantes son varones en su mayoría. La edad de los casos en el momento del diagnóstico es similar a la de los casos autóctonos, 33.6 años.

Según el Boletín Epidemiológico de la Dirección Gnal. De Salud Pública del Gobierno de Canarias, diciembre de 2002, el número total de casos notificados al Registro de Casos de SIDA de Canarias se eleva a 1690, de los cuales se ha notificado la defunción de 685 (un 40.5%). La principal vía de transmisión ha sido las relaciones sexuales sin protección, con un 37.5%. El 88% de los casos VIH son personas procedentes del África Subsahariana, 7 casos (2.3%) son originarios de Nigeria. (Ilustración 1).

### Material y método

El presente estudio presenta un enfoque cualitativo y cuantitativo a través de la aplicación de un test a la muestra seleccionada.

La población diana está constituida por 16 mujeres inmigrantes subsaharianas, de origen nigeriano. Las mujeres encuestadas presentan 21.7 años de edad media, el 68.75% pertenecen a la etnia Benin y confiesan el cristianismo. La totalidad de la muestra reside en el Centro de Acogida Inmediata Udjama de Cruz Roja Española las Palmas y ha

sido seleccionada según: liderazgo, nivel cultural, habilidades de comunicación y nivel de confianza con los educadores/entrevistadores.

### Resultados y discusión

La debilidad de la estructura sanitaria, la dificultad o nula posibilidad de acceso a ella por parte de la población queda reflejada en los siguientes datos:

El 50% de las mujeres NUNCA se han realizado una revisión médica.

El 56,2% NUNCA han acudido al ginecólogo, si bien el 93,7% de las encuestadas son madres.

Sin embargo, el 42,8% se ha sometido a la prueba de detección del VIH antes de viajar a España. Esto nos parece contradictorio teniendo en cuenta la red sanitaria nigeriana y nos decantamos más a interpretar la cifra como una expresión de "deseabilidad" del grupo frente a la encuesta.

Estos datos reflejan la escasa aproximación de una población a los servicios sanitarios y nos invita a profundizar en las causas de ello (aspectos que no quedan explícitos en la encuesta): ¿es falta de hábito, poca preocupación por la salud, alta tolerancia al dolor?, o ¿es escasez de recursos económicos, de estructura sanitaria, etc? (Ilustración 2)

En cuanto a la identificación de conocimientos y creencias entorno a la sexualidad, podemos diferenciar dos apartados que se influyen mutuamente:

1. Información en relación al SIDA y la transmisión de ITS.
2. Información a cerca de la sexualidad en general.

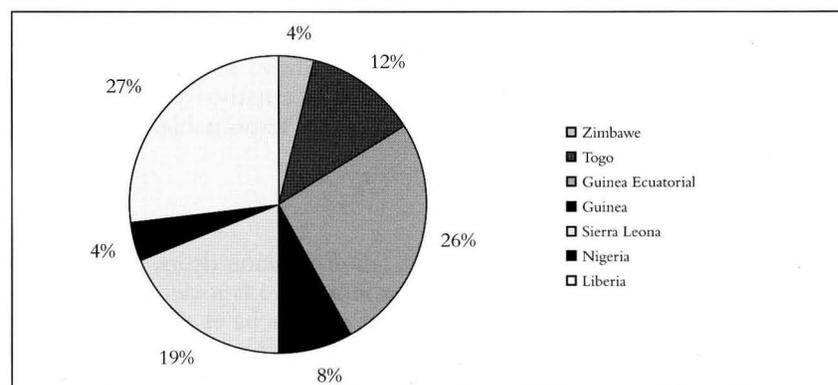


Figura 1

Casos VIH de personas originarias de África Subsahariana en Canarias. Total casos:26. Fuente: Boletín Epidemiológico sobre SIDA-VIH de la Dirección General de Salud Pública. Diciembre, 2002.

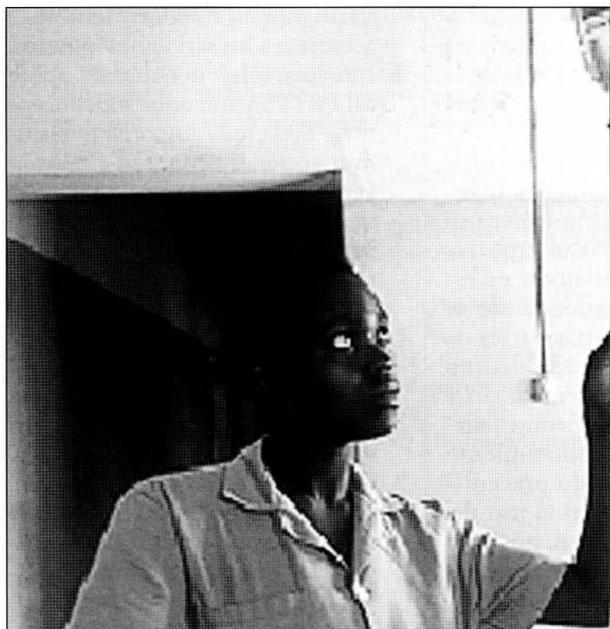


Figura 2



Figura 3

En el 1ª apartado se constata que ninguna mujer de la muestra conoce la definición del SIDA, ni lo identifica con sus siglas; el 65 % cree que la prueba de sangre es el mecanismo para identificar esta enfermedad, mientras que un 20 % considera que el SIDA se reconoce en el aspecto externo de la persona. Un 72,5% de la muestra identifica el SIDA como una “enfermedad del sexo”, lo que permite apreciar los prejuicios y el desconocimiento de otras vías de transmisión de las encuestadas. Por otro lado, son reconocidas como enfermedades de transmisión sexual la Gonorrea (35%), el SIDA (32,5 %), el Herpes (12,5%) y la Sífilis (10%). Esto nos hace pensar que las mujeres de la muestra conocen “algo” sobre el SIDA y las ITS, pero necesitarían consolidar y ampliar la información sobre cómo se transmite y previene el SIDA y otras ITS.

Respecto al 2º apartado, los conocimientos y creencias en relación a la sexualidad, se confirma lo que sostiene Caroline Maposhere, de la Women and AIDS Support Network (Red de Mujeres y Apoyo contra el SIDA), de Zimbabue-; “la sexualidad no existe; sólo la fertilidad. Irónicamente, la prohibición en contra de que las mujeres participen de manera plena y activa en las relaciones sexuales es

capaz por sí misma de fomentar la propagación del virus”. Aportamos algunos datos de la muestra estudiada: el 37,5% padecen la ablación del clítoris, para el 41,1% mantener relaciones sexuales es igual a tener hijos, y para un 20,5% es igual que el amor. Si consideramos la sexualidad femenina como una experiencia vivencial (que resuena en lo relacional, afectivo y cognitivo) y una fuente de gozo nos inclinamos a pensar que no lo es así para estas jóvenes mujeres. Recordemos que dichas creencias son mujeres jóvenes procedentes de zonas urbanas de Nigeria. Creemos necesario abordar el tema de la sexualidad con estas mujeres para acercarnos a su educación sexual recibida, y conocer cómo vivencian en el presente (madres y alejadas de sus compañeros) su cuerpo y sus afectos.

El 16% de la población estudiada identifica el sexo oral sin protección como la principal práctica de riesgo en las relaciones sexuales. Contrariamente, no identifican el sexo vaginal y anal como prácticas tales, siendo éstas realmente las más peligrosas. Esto puede estar explicado por la escasa información que con respecto al sexo tiene la población objeto de estudio y mas concretamente en relación la transmisión del VIH/SIDA

El 71,4% identifican la realización de marcas étnicas con hojillas

como una práctica cultural con sangre y sólo el 56% la reconoce como de riesgo frente a la transmisión del VIH; paradójicamente, al preguntárseles si entienden que compartirlas conlleva riesgo frente a la adquisición del VIH, sólo el 16% manifiesta que sí.

De las mujeres encuestadas se aprecia como el 62.5% tienen pareja estable, sin embargo afirman no mantener relaciones extra matrimoniales en España a pesar de que sus maridos estén en su país de origen y sean ellas las únicas responsables de mantener a sus hijos.

Centrándonos en el uso que han hecho del preservativo en su país, el 62.5% han mantenido relaciones sexuales sin protección, respecto a España el 50% negó mantener relaciones sin preservativo. Como en otras respuestas de la encuesta éstas podrían estar condicionadas o viciadas por la desconfianza manifiesta en los emigrantes irregulares, hacia aquellas personas o identidades vinculadas con la administración pública, dada su situación de precariedad e inestabilidad en el país, y por otro lado, el tabú que siguen teniendo con respecto al sexo. (Ilustración 3).

La práctica sexual sin preservativo mas común es el coito vaginal en el 33% de las respuestas y el sexo oral en un 28%, sólo el 8.5% practica el sexo anal, lo que indica la

baja incidencia de esta práctica sexual. Por otro lado, las repuestas nos informan del uso del preservativo y prácticas sexuales como comunidad africana, donde prevalece el binomio sexualidad = fertilidad y goce principalmente para el hombre; manifestándose y manteniéndose así el fuerte y acentuado carácter machista que prevalece en las prácticas sexuales de pareja. Esto queda reflejado por ejemplo en otras prácticas realizadas como la ablación del clítoris, el "sexo seco", consistente en introducir tierra y orina, sal, algodón etc, para dar más placer al hombre en la práctica sexual.

El 93% de las encuestadas afirman no haber practicado la prostitución, situación que podría explicarse por el hecho de poder contar con un techo donde estar y con tener sus necesidades básicas cubiertas. El 100% de las estudiadas no hace uso de las drogas.

Más de la cuarta parte de las mujeres encuestadas (el 78.9%) identificaron el preservativo como método capaz de evitar el embarazo y las I.T.S. Sin embargo, se ha comprobado un alto desconocimiento en relación a otros métodos anticonceptivos, tales como el DIU, el método ogino o los espermicidas, con ninguna respuesta. Igualmente se dan respuestas erróneas en la identificación de otros métodos eficaces ante el embarazo y las I.T.S. como la marcha atrás (con el 5.2%) o la píldora (10.5%). Ante la pregunta de qué anticonceptivo puede dañar tu salud, el 35.2% cree que la píldora puede perjudicarla. En base a ello, se presupone la inexistencia de un amplio desconocimiento en torno a los métodos anticonceptivos, su variedad y utilidad en la prevención para las enfermedades de transmisión sexual. Debemos entender que este hecho viene determinado

por la concepción subyacente de la sexualidad como instrumento para la reproducción y la búsqueda de la maternidad como un evento natural y deseado.

En cuanto al uso del preservativo, la mayoría de las mujeres nigerianas (93.7%) afirmaron hacer uso del condón para evitar el embarazo. Igualmente este método es reconocido, como anteriormente se comentó, por tres cuartas partes de la población encuestada, como ante la prevención del embarazo y las I.T.S; lo que nos permite afirmar un alto nivel de conocimiento certero ante este método preventivo. El alto porcentaje en el uso del condón podría explicarse, por otro lado, por un mayor acceso de las mujeres encuestadas a los preservativos en su país de origen al proceder de Benin, un núcleo urbano muy importante de Nigeria, y a su corta edad, con una media de 19 años. Sin embargo, no pudimos contar con datos certeros en cuanto al uso que hacen del mismo en España, sospechando un grado de desconfianza ante las preguntas referentes a su conducta sexual en nuestro país. Así, el 75% de las mujeres no contestaron ante la pregunta del uso del preservativo en España y el 50% no dieron respuesta cuando se les cuestionó la existencia de relaciones sexuales sin protección en nuestro país.

A continuación señalaremos algunas conclusiones derivadas del análisis de los resultados de la encuesta:

1. La estructura sanitaria en Nigeria no es próxima a su ciudadanía, indicándolo de esta manera el índice bajo de revisiones médicas generales y ginecológicas. De ahí se explica la necesidad de educación en salud a la población nigeriana inmigrante que llega a nuestro país y reducir así progre-

sivamente sus miedos y temores a acercarse a los servicios sanitarios.

2. Información deficitaria sobre SIDA, ITS y métodos anticonceptivos. Sería muy importante planificar acciones destinadas a reforzar la escasa información de la muestra sobre dichos puntos. Ampliar la información (p.ej: respecto a métodos anticonceptivos), despejar dudas (p.ej: ¿cómo se conoce que una persona padece SIDA?), reforzar conocimientos y disminuir prejuicios serían algunos objetivos a cubrir en con la población inmigrante nigeriana.

3. Sexualidad femenina =Fertilidad. Considerando la juventud de la muestra, la maternidad de casi todas ellas y su precaria situación laboral y jurídica en España, nos preguntamos hacia donde derivará la creencia de que su sexualidad está íntimamente ligada a tener hijos. Consideramos muy importante acercarnos a sus creencias y compartir desde un diálogo abierto y respetuoso otras alternativas y posibilidades del disfrute de una sexualidad plena, consciente y responsable.

En relación a la metodología utilizada en esta investigación nos preguntamos si es la correcta dada la contrariedad de algunas respuestas, no querer contestar, etc... Por otro lado, aproximarnos a la información sobre SIDA, prácticas de riesgo, etc... en una población femenina africana donde hablar de sexo es muy difícil nos invita a conocer a estas mujeres utilizando otros métodos más abiertos, como entrevistas profundas guiadas en grupo, etc... Es decir, hacer una aproximación gradual.

Por último, resaltar la motivación del grupo de investigadoras y el deseo de seguir profundizando y abrir nuevos interrogantes en relación a las mujeres nigerianas en nuestro país.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Educational Affairs Committe, American association of Clinical Anatomists (1996). A clinical anatomy curriculum for the medical student of the 21<sup>st</sup> century: Gross Anatomy. Clin. Anat. 9: 71-99.
2. Del Val A., Talens A., Belloch V., Hernández E. (1997). Dysphagia lusoria caused by an accessory aberrant right subclavian artery. Rev. Esp. Enferm. Dig. 89:336-7.
3. Kollar J., Arany L. (1987) Arteria lusoria. Rontgenblatter 40:50-4.
4. Aubertin JM., Iseni MC., Tordjman T., Bloch E., Petite JP. Dysphagia lusoria. Physiopathological discussion apropos of a clinical case. Gastroenterol. Clin. Biol. 19:629-32.
5. Janssen M., Baggen MG., Veen HF, Smout AJ., Bekkers JA., Jonkman JG., Ouwendijk RJ. (2000) Dysphagia lusoria: clinical aspects, manometric findings, diagnosis and therapy. Am. J. Gastroenterol 95:1411-6.
6. Brown DL., Chapman WC., Edwards WH., Coltharp WH., Stoney WS (1993) Dysphagia lusoria: aberrant right subcla-

- vian artery with a Kommrell's diverticulum. *Am. Surg.* 59:582-6.
7. Bove T., Demanet H., Casimir G., Viart P., Goldstein JP., Deuvaert FE. (2001) Tracheobronchial compression of vascular origin. Review of experience in infants and children. *J. Cardiovasc. Surg.* 42:663-6.
  8. Donnelly LF, Fleck RJ., Pacharn P., Ziegler MA., Fricke BL., Cotton RT. (2002) Aberrant subclavian arteries: cross-sectional imaging findings in infants and children referred for evaluation of extrinsic airway compression. *AJR AM. J. Roentgenol* 178:1269-74.
  9. Miller JM., Miller KS. (1992) A note on the historical aspects of dysphagia lusoria. *Am. Surg.* 58:502-3.
  10. De luca L., Bergmann JJ., Tytgat GN., Fockens P. (2000) EUS imaging of the arteria lusoria: case series and review. *Gastrointest. Endosc.* 52:670-3.
  11. Henry JF, Audiffret J., Plan M. (1985) The nonrecurrent inferior laryngeal nerve. Apropos of 19 cases including 2 on the left side. *J. Chris* 122:391-7.
  12. Bergwerff M. De Ruiter MC., Hall S., Poelmann RE., Gittenberg-de Groot AC. (1999) Unique vascular morphology of the fourth aortic arches: possible implications for pathogenesis of type B aortic arch interruption and anomalous right subclavian artery. *Cardiovasc. Res.* 44:185-96.
  13. Pisanu A., Pili S., Uccheddu A. (2002) Non-recurrent inferior laryngeal nerve. *Chir. Ital.* 54:7-14.
  14. Watanabe A., Kawabori S., Osani H., Taniguchi M., Hosokawa M. (2001) Preoperative computed tomography diagnosis of non-recurrent inferior laryngeal nerve. *Laryngoscope* 111:1756-9.
  15. Marchesi M., Biffoni M., Faloci C., Nobili Benedetti R., Notari P., Mariotti F., Cresti R. (2000). The inferior nonrecurrent laryngeal nerve: a report of 7 cases observed since 1987. *G. Chir* 21:25-8.