



MUJERES ACTIVAS EN REDES INTERCULTURALES DE SALUD

Salud Integral de Mujeres Migradas: Informe de Resultados

Proyecto desarrollado por



Financiado por:



En colaboración con:



Responsable de la investigación

Laura Fuertes Mato

Técnica de investigación

Irene Bassanezi Tosi, colaboradora de FUNDADEPS

Presidencia

Dra. Carmen Gallardo Pino

Secretaría general

Antonio Merino Bernardino

Secretaría técnica y prensa

Lucía Rodríguez Muñoz

Colaboración de entidades

Asociación Mujeres Entremundos (Sevilla), Asociación Mujeres Pachamama (Uviéu/Oviedo), Asociación Mujeres Inmigrantes en Acción (Huelva), ONG Rescate (Málaga), Asociación La Parcería (Madrid), Organización Afrocolectiva (Madrid), ONG Procomar Valladolid Acoge (Valladolid)

Fundación de educación para la salud

Calle del Profesor Martín Lagos, 28040 Madrid

TEL: 91 704 21 33/ 615 640 781

Puedes llamarnos por teléfono o escribirnos un correo a:

programas@fundadeeps.org. - www.fundadeeps.org

Equipo de comunicación

Lalenta, invernadero cultural y creativo

Plaza Vicente Iborra 9 – 46003 – València

www.lalenta.es - lalenta@lalenta.es

Maquetación

María Martínez Zurat

Colaboración de

Eva Estefanía Quiñonez Montaña,
Estudiante de Psicología, voluntaria
FUNDADEPS.

Irene Ramos Nuñez, Psicóloga, Técnica
de Proyectos FUNDADEPS

Se permite la reproducción, distribución y difusión de la información aquí contenida, siempre que se cite la fuente (título, autoría) y su uso sea sin finalidad lucrativa.

ISBN: 978-84-09-81031-4

Agradecimientos

Este informe ha sido posible gracias a la participación de las mujeres que formaron parte del Programa MARIS. A todas ellas, agradecemos su disposición a compartir experiencias, conocimientos y reflexiones en las entrevistas y espacios grupales, así como la confianza depositada en el proceso de investigación. Sus aportaciones han sido fundamentales para comprender las vivencias y prácticas de cuidado en torno a la salud integral.

Agradecemos igualmente a las entidades colaboradoras que han facilitado el desarrollo del proyecto en los distintos territorios, ofreciendo espacios de encuentro, acompañamiento y apoyo durante todo el proceso. Su implicación ha sido clave para garantizar un trabajo cercano, respetuoso y arraigado en el contexto comunitario.

Este documento es el resultado de un trabajo colectivo basado en la escucha, la colaboración y el compromiso con los derechos, la dignidad y el bienestar de las mujeres migradas.



Este documento es resultado del proyecto **MARIS – Mujeres Activas en Redes Interculturales de Salud**, desarrollado en 2025 por FUNDADEPS – Fundación de Educación para la Salud y subvencionado por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.

Para una visión completa del proyecto y para descargar la **Guía de Buenas Prácticas en Autocuidado** puedes consultar nuestra web: www.fundadeps/programas/maris

Índice

1. Prólogo Dra. Carmen Gallardo Pino - Pág.1

2. Presentación de MARIS - Pág. 3

- Marco conceptual: salud integral, género y migraciones
- Presentación del programa
- Metodología
- Descripción de los grupos
- Descripción de la muestra
- Consideraciones éticas, límites y alcance del estudio

3. Resultados del análisis - Pág. 25

- Concepciones de la salud y el bienestar
- Salud pública y relación con el sistema sanitario
- Salud física
- Salud reproductiva, menstrual y sexual
- Salud emocional
- Salud espiritual
- Salud social y familiar
- Salud económica, laboral y administrativa.

4. Barreras estructurales y factores de riesgo - Pág. 86

- Barreras individuales: Falta de tiempo, sobrecarga y autocuidado postergado
- Barreras administrativas y legales
- Barreras socioeconómicas y laborales
- Racismo, discriminación y violencias

5. Buenas prácticas y factores de protección - Pág. 98

- Buenas prácticas y factores que protegen el bienestar
- Factores de protección individuales
- Factores de protección relacionales y comunitarios
- Factores de protección laborales, económicos y administrativos

6. Conclusiones - Pág. 111

7. Buenas prácticas y factores de protección - Pág. 115

- Recomendaciones comunitarias y de fortalecimiento de redes
- Recomendaciones para la práctica profesional sociosanitaria
- Recomendaciones estructurales

8. Discusión de resultados - Pág. 120

9. Referencias bibliográficas - Pág. 123



1 Prólogo

La salud integral de las mujeres migrantes constituye hoy un desafío central para la salud pública y para el conjunto de las políticas sociales orientadas a la equidad, la cohesión social y la garantía de derechos. Su abordaje no puede limitarse a la provisión de servicios sanitarios ni a intervenciones focalizadas sobre la enfermedad, sino que exige una lectura estructural que incorpora los determinantes sociales de la salud y las desigualdades producidas por los actuales modelos económicos, laborales, migratorios y de cuidados. Desde esta perspectiva, la salud se revela como un indicador privilegiado de las condiciones de vida, del acceso efectivo a derechos y del grado de justicia social de nuestras sociedades.

Desde FUNDADEPS asumimos que la promoción de la salud es, de manera inseparable, una acción técnica, ética y política. Tal y como han señalado los marcos internacionales de referencia en salud pública, el bienestar no se distribuye de forma aleatoria, sino que sigue patrones de desigualdad social profundamente arraigados. En el caso de las mujeres migrantes, estas desigualdades se intensifican como resultado de la intersección entre género, origen, clase social, etnia y situación administrativa, configurando escenarios de vulnerabilidad estructural que impactan directamente en la salud física, emocional, social y vital.

El informe Salud Integral de Mujeres Migradas se inscribe en este marco conceptual y político, y recoge los resultados del proyecto MARIS – Mujeres Activas en Redes Interculturales de Salud, impulsado por FUNDADEPS con el objetivo de contribuir a la promoción de la salud desde un enfoque feminista, comunitario e intercultural. MARIS parte de una concepción de la salud alineada con los principios de la promoción de la salud: una salud entendida como derecho, como proceso colectivo y como resultado de condiciones sociales, económicas y políticas que deben ser transformadas para reducir las desigualdades.

Los hallazgos de este informe evidencian con claridad que la salud de las mujeres migrantes no puede analizarse al margen de factores como la precariedad laboral, la inseguridad administrativa, la sobrecarga de cuidados, la discriminación racial y las violencias de género. Estos elementos actúan como determinantes estructurales que condicionan tanto el estado de salud como la capacidad de autocuidado y de acceso a recursos preventivos. En este sentido, el estudio pone de relieve cómo la salud emocional, la salud laboral y la salud económica adquieren una centralidad específica en los relatos de las mujeres, no como prioridades abstractas, sino como condiciones indispensables para sostener la vida cotidiana en contextos de alta exigencia y vulnerabilidad.

Desde una perspectiva de salud pública, estos resultados refuerzan la necesidad de avanzar hacia políticas de promoción de la salud que superen los enfoques de responsabilidad individual y que incorporen de manera explícita la acción sobre los determinantes sociales.

La evidencia recogida en MARIS muestra que no es posible promover la salud sin garantizar condiciones de vida dignas, acceso estable al empleo, regularidad administrativa, protección frente a las violencias y reconocimiento social del trabajo de cuidados, ampliamente feminizado y sostenido en gran medida por mujeres migrantes. Al mismo tiempo, el informe cuestiona las narrativas hegemónicas que sitúan a las mujeres migrantes exclusivamente como sujetos pasivos o vulnerables. A lo largo del proceso de investigación emergen con fuerza prácticas cotidianas de autocuidado, estrategias de afrontamiento y formas de cuidado comunitario que constituyen auténticos activos en salud. Las redes de apoyo, la participación en espacios comunitarios y el intercambio de saberes aparecen como factores de protección fundamentales, en coherencia con los enfoques de salud comunitaria que reconocen el capital social, el apoyo mutuo y la participación como elementos clave del bienestar.

Desde FUNDADEPS defendemos que la promoción de la salud debe incorporar de forma efectiva la participación de las personas y comunidades implicadas en la definición de problemas, prioridades y soluciones. El enfoque metodológico participativo de MARIS responde a este principio, situando la voz y la experiencia de las mujeres migrantes en el centro del proceso de producción de conocimiento. Esta apuesta no solo fortalece la validez y pertinencia de los resultados, sino que contribuye a procesos de empoderamiento individual y colectivo, alineados con una concepción transformadora de la salud.

Este informe aspira a ser una herramienta útil para la acción institucional, profesional y comunitaria. Sus conclusiones y recomendaciones interpelan de manera directa a las políticas públicas de salud, migración, igualdad y servicios sociales, señalando la urgencia de enfoques intersectoriales que aborden las desigualdades en salud desde una perspectiva integral. Promover la salud de las mujeres migrantes implica necesariamente revisar los marcos normativos, las prácticas institucionales y los modelos de intervención que, de forma explícita o implícita, reproducen exclusiones y barreras de acceso a derechos.

Finalmente, este prólogo quiere reafirmar el compromiso político-institucional de FUNDADEPS con la promoción de la salud como derecho humano fundamental y con la construcción de sociedades más justas, inclusivas y sostenibles. Reconocer y fortalecer la salud integral de las mujeres migrantes no es una cuestión sectorial ni secundaria: es una condición imprescindible para avanzar en equidad, cohesión social y bienestar colectivo. Este informe es, en última instancia, una invitación a asumir esa responsabilidad de manera colectiva y sostenida en el tiempo.



Dra. Carmen Gallardo Pino
Presidenta de FUNDADEPS

2 Presentación de MARIS



Marco conceptual: salud integral, género y migraciones

Salud integral desde una perspectiva biopsicosocial

La salud es un concepto complejo y multidimensional que va más allá de la ausencia de enfermedad. Desde una perspectiva biopsicosocial, la salud se entiende como el resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales y estructurales que influyen de manera directa en el bienestar de las personas.

Diversos estudios han señalado que la percepción de la salud está estrechamente vinculada a determinantes sociales como el nivel socioeconómico, el acceso a recursos, la estabilidad laboral, las redes de apoyo y las experiencias de discriminación. En este sentido, la salud no puede analizarse de forma aislada del contexto social, político y económico en el que viven las personas, especialmente en colectivos en situación de mayor vulnerabilidad.

Desde esta perspectiva, la salud integral incorpora dimensiones como la salud física, emocional, social, sexual, menstrual y reproductiva, espiritual, social y comunitaria, laboral, económica y administrativa; entendiendo que todas ellas se interrelacionan y se influyen mutuamente. Este enfoque resulta especialmente pertinente para el análisis de la salud de las mujeres migradas, cuyas trayectorias vitales suelen estar atravesadas por múltiples factores de desigualdad.

Interseccionalidad y desigualdades en salud

En las últimas décadas, los flujos migratorios hacia Europa han aumentado de forma significativa, con una marcada feminización de la migración. En España, aproximadamente el 50% de la población migrante está compuesta por mujeres (INE, 2023). La experiencia migratoria implica afrontar numerosos desafíos, entre los que destacan las barreras idiomáticas, las dificultades de acceso al empleo, la precariedad económica, la falta de redes sociales y los obstáculos en el acceso a la atención sanitaria (Hawkins et al., 2021).

Las mujeres migradas enfrentan, además, desigualdades específicas derivadas de la intersección entre género, origen, clase social y, en muchos casos, situación administrativa. Estas desigualdades se traducen en una mayor exposición a trabajos precarizados; especialmente en los sectores de los cuidados, el trabajo doméstico, la agricultura o contextos de explotación; así como en una sobrecarga de responsabilidades familiares que repercute directamente en su salud integral (Casado-Mejía et al., 2012; OPS, 2019).

La literatura señala que las mujeres, en general, presentan una peor percepción de su salud en comparación con los hombres, fenómeno que se intensifica en el caso de las mujeres migradas (Sánchez López, 2013). A ello se suman los duelos asociados al proceso migratorio y la inseguridad jurídica derivada de situaciones administrativas irregulares, que generan elevados niveles de estrés, ansiedad y malestar emocional (Gottardo y Cymment, 2019; Calderón, 2022). La experiencia migratoria de las mujeres se ve atravesada por una mayor exposición a situaciones de violencia. Según el informe *Migradas: mujeres migradas ante la violencia de género* (MPDL, 2024), el 63% de las mujeres migradas ha sufrido algún tipo de violencia machista, frente al 44% de las mujeres autóctonas, lo que evidencia una clara desigualdad vinculada a factores estructurales. El informe señala que estas violencias se producen en distintos ámbitos, incluyendo la violencia ejercida por la pareja o expareja, la violencia en el ámbito laboral, la violencia institucional derivada de prácticas administrativas excluyentes, así como la violencia comunitaria y social.

Todo ello configura un entramado de violencias múltiples que refuerzan la vulnerabilidad y el malestar de las mujeres migradas y condicionan profundamente su salud integral. Asimismo, la pobreza y el riesgo de exclusión social afectan de manera desproporcionada a la población extranjera no europea. Según la Encuesta de Condiciones de Vida, el 57% de la población extranjera no comunitaria se encuentra en riesgo de pobreza o exclusión social, frente al 22,3% de la población nacional (INE, 2023). Este contexto tiene un impacto directo en la salud autopercibida y en la capacidad de acceso a recursos sanitarios y de cuidado

Redes comunitarias y participación

Numerosas investigaciones han puesto de manifiesto la importancia del capital social y la participación comunitaria como factores clave para el bienestar y la salud. Contar con redes de apoyo —formales e informales— proporciona recursos emocionales, informativos y prácticos que ayudan a afrontar situaciones de dificultad y favorecen procesos de adaptación y resiliencia (Cohen et al., 2000).

En el caso de la población migrante, la reconstrucción de redes sociales en el país de acogida resulta fundamental para el bienestar psicológico y la integración social. El grado de interacción social y el sentido de pertenencia a la comunidad se han identificado como variables predictoras de una mejor salud mental y una mayor satisfacción vital (Ríos y Moreno, 2010; García-Cid et al., 2020).

La literatura sobre contacto intergrupal señala, además, que los espacios de encuentro intercultural contribuyen a reducir prejuicios, discriminación y actitudes racistas, favoreciendo relaciones más igualitarias entre población migrante y autóctona (Allport, 1954; Pettigrew y Tropp, 2006; Lemmer y Wagner, 2015). Desde esta perspectiva, promover la participación activa de las mujeres migradas en espacios comunitarios no solo fortalece sus redes de apoyo, sino que también tiene un impacto positivo en la convivencia social y el bienestar colectivo.

Justificación del estudio

Las mujeres migradas enfrentan múltiples desigualdades estructurales que afectan de forma directa a su salud y bienestar. Sin embargo, lejos de situarse únicamente en una posición de vulnerabilidad, diversos estudios han evidenciado su capacidad de agencia, resiliencia y el desarrollo de estrategias propias de afrontamiento y cuidado (Antolínez et al., 2017; Sánchez, 2022).

A pesar de ello, existe una carencia de investigaciones que visibilicen y sistematicen las prácticas cotidianas de autocuidado desarrolladas por las propias mujeres migradas desde un enfoque integral, intercultural y de género. La mayor parte de los estudios se centran en déficits, barreras o necesidades, dejando en un segundo plano los saberes, recursos y estrategias que estas mujeres ponen en práctica para sostener su salud y la de sus comunidades.

Este estudio parte de la necesidad de generar conocimiento que permita comprender cómo las mujeres migradas conciben la salud, cómo viven y perciben su bienestar, y qué prácticas de cuidado desarrollan en su vida cotidiana. Asimismo, se plantea la importancia de analizar estas experiencias en relación con los determinantes sociales de la salud, las desigualdades estructurales y las redes de apoyo, con el objetivo de contribuir a la promoción de la salud integral desde una perspectiva no asistencialista, participativa y basada en derechos.

Presentación del programa MARIS

Descripción del programa

El Programa MARIS: Mujeres Activas en Redes Interculturales de Salud, tiene como objetivo general mejorar el bienestar, la participación, las redes de apoyo y el conocimiento de las mujeres de origen migrante en España, y del conjunto de la sociedad, mediante la identificación y promoción de hábitos saludables de autocuidado a través de la cultura de la salud.

El programa se articula a partir del reconocimiento de las mujeres migradas como sujetas activas, portadoras de saberes y agentes de cambio en materia de salud y cuidados. Desde este enfoque, MARIS ha desarrollado un proceso orientado a recoger, analizar y poner en valor las buenas prácticas de autocuidado en salud integral construidas por mujeres migradas en distintos contextos del país.

El diseño se estructura en torno a cuatro ejes complementarios: investigación, capacitación, acción y difusión, que permiten abordar la salud desde una mirada integral, participativa y comunitaria. A través de estos ejes, el programa ha generado conocimiento sobre las prácticas de autocuidado y cuidado comunitario, ha fortalecido capacidades individuales y colectivas, ha impulsado la participación social y ha contribuido a la visibilización de los saberes y experiencias de las mujeres migradas.

El desarrollo del programa ha combinado espacios de reflexión colectiva, procesos formativos en salud integral y prevención de la violencia de género, y acciones de sensibilización dirigidas tanto a las propias participantes como al resto de la ciudadanía. Las actividades se han llevado a cabo en distintos territorios, garantizando la diversidad de contextos y trayectorias migratorias, y favoreciendo el intercambio intercultural, la cohesión social y la creación de redes de apoyo.

Como resultado del proceso, MARIS ha generado materiales de conocimiento y difusión, entre los que se incluyen el presente informe de resultados del estudio y una guía de Buenas Prácticas en autocuidados, así como una campaña participativa de sensibilización en RRSS con mensajes elaborados por las mismas participantes. Estos productos contribuyen a poner en valor el autocuidado, la salud comunitaria y el papel activo de las mujeres migradas en la promoción de la salud y el bienestar social.

MARIS se presenta así como un proyecto piloto que integra investigación, acción comunitaria y comunicación social, aportando aprendizajes relevantes para el diseño de futuras intervenciones en el ámbito de la salud y la migración.

Alineación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

El Programa Mujeres Activas en Redes Interculturales de Salud (MARIS) contribuye a la reducción de desigualdades, la mejora del bienestar y la promoción de la inclusión social, en coherencia con varios de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS):

- ODS 3. Salud y bienestar, al promover hábitos de vida saludables desde una perspectiva preventiva y comunitaria, abordando la salud física, emocional, social y relacional de las mujeres.
- ODS 4. Educación de calidad, a través de la generación de espacios de aprendizaje y reflexión que favorecen la adquisición de conocimientos, habilidades y herramientas para la autogestión de la salud a lo largo de la vida.

- ODS 5. Igualdad de género, mediante la incorporación transversal de la perspectiva de género en todas las fases del programa y el empoderamiento de las mujeres migradas, que enfrentan mayores desigualdades y barreras en el acceso a recursos y derechos, especialmente en el ámbito de la salud.
- ODS 2. Hambre cero, al poner el foco en la identificación y fortalecimiento de prácticas alimentarias saludables, sostenibles y culturalmente significativas, reconociendo la alimentación como un determinante clave del bienestar.

Enfoques de la investigación

El programa MARIS se desarrolla desde un enfoque principal de salud integral, que entiende la salud como un proceso complejo y multidimensional, atravesado por factores físicos, emocionales, sociales, culturales, económicos, relacionales y estructurales. Esta mirada permite superar una concepción reduccionista de la salud centrada exclusivamente en la enfermedad, incorporando el bienestar, la calidad de vida y las condiciones materiales y simbólicas que sostienen la vida cotidiana de las mujeres. Desde este enfoque, la salud se concibe como un derecho y como un proceso dinámico en contextos sociales concretos.

De manera complementaria y transversal, el programa incorpora los siguientes enfoques:

- Enfoque feminista, que permite analizar cómo las desigualdades de género estructuran las experiencias de salud de las mujeres migradas. Este enfoque visibiliza la sobrecarga de cuidados, la precariedad laboral, las violencias y la desigual distribución del tiempo y los recursos, incorporando una lectura crítica de las relaciones desiguales que atraviesan los cuerpos y las vidas de las mujeres.
- Enfoque intercultural, que reconoce y valora la diversidad cultural como una fuente de saberes, prácticas y estrategias de cuidado. Desde esta perspectiva, el programa promueve el diálogo horizontal entre mujeres de distintos orígenes, evitando miradas etnocéntricas o asistencialistas, y poniendo en valor los conocimientos culturales y comunitarios en torno a la salud.
- Enfoque comunitario, que sitúa la participación, las redes sociales, el sentimiento de pertenencia y el apoyo mutuo como elementos centrales del bienestar. Este enfoque entiende la salud como un proceso colectivo y relacional, que se construye en interacción con otras personas y con el entorno, y que se fortalece a través de la creación de espacios de encuentro, arraigo y cooperación en comunidad.
- Enfoque de derechos humanos, que pone el foco en cómo las condiciones laborales, económicas y administrativas impactan directamente en la salud y el bienestar de las mujeres migradas. MARIS promueve la igualdad, la dignidad y la no discriminación, y reconoce a las mujeres migradas como sujetas de derechos y agentes activas en la defensa y el ejercicio de los mismos.
- Enfoque antirracista, que cuestiona las estructuras sociales, institucionales y normativas que producen y sostienen desigualdades, situando el origen del malestar en marcos de exclusión y no en los sujetos. Desde esta mirada, el racismo estructural y cotidiano se identifica como un factor clave en la generación de barreras de acceso a derechos, recursos y sistemas de protección.

Metodología

Enfoque metodológico y diseño del estudio

El estudio desarrollado en el marco del programa MARIS se basa principalmente en un enfoque metodológico cualitativo, complementado con una encuesta de carácter exploratorio, con el objetivo de comprender en profundidad cómo las mujeres migradas conciben la salud, cómo perciben su bienestar y qué experiencias y prácticas de cuidado desarrollan en su vida cotidiana.

El diseño metodológico parte de una concepción de la salud integral, entendida en relación con las condiciones sociales, económicas, laborales, administrativas y relacionales que atraviesan las trayectorias migratorias de las mujeres. Desde este enfoque, la investigación reconoce a las mujeres migradas como sujetas activas de conocimiento, portadoras de saberes y experiencias relevantes para el análisis de la salud y los cuidados.

La metodología cualitativa resulta especialmente pertinente para abordar realidades complejas y atravesadas por múltiples ejes de desigualdad, difícilmente captables mediante aproximaciones exclusivamente cuantitativas. La encuesta se incorpora como una herramienta complementaria, con una función descriptiva y contextual, cuyos resultados permiten identificar tendencias generales, como la importancia atribuida a distintas dimensiones de la salud o el estado de salud autopercebido, sin pretensión de representatividad estadística y siempre en diálogo con los discursos recogidos en entrevistas y grupos de discusión.

Muestra total del estudio

La muestra total del estudio está compuesta por 134 mujeres, mayoritariamente de origen migrante, con la excepción de una participante de origen español. Las participantes presentan diversidad de edades, países de procedencia, trayectorias migratorias y situaciones administrativas, así como perfiles heterogéneos en cuanto a nivel educativo, situación laboral, contexto familiar y tiempo de residencia en España, lo que permite recoger una amplia pluralidad de experiencias y miradas.

Del total de la muestra, 114 mujeres participaron en los grupos de trabajo desarrollados en el marco del programa MARIS, mientras que 20 mujeres participaron en entrevistas individuales semiestructuradas.

Técnicas de recogida de información

Con el fin de triangular los datos y enriquecer el análisis, se emplearon las siguientes técnicas de recogida de información:

Sesiones de trabajo

Aunque no constituyen una técnica de investigación clásica en sentido estricto, los grupos de trabajo desarrollados en el marco del programa MARIS incorporaron herramientas de recogida informal de información mediante dinámicas de indagación colectiva. Estos espacios permitieron construir narrativas compartidas, identificar problemáticas comunes y generar reflexiones colectivas en torno a la salud integral y los cuidados.

Dentro de este espacio, durante el inicio de las sesiones grupales se dedicaron aproximadamente 90 minutos a la recogida de información cualitativa y cuantitativa mediante:

- Grupos de discusión concebidos como espacios colectivos de diálogo e intercambio que permitieron profundizar en experiencias compartidas y en los significados atribuidos a la salud y el bienestar.
- Encuesta diseñada para recoger información cuantitativa básica sobre la importancia otorgada a distintas dimensiones de la salud y el bienestar autopercebido. Sus resultados se utilizan como apoyo descriptivo al análisis cualitativo, contribuyendo a contextualizar los discursos y a identificar patrones generales en la muestra, sin finalidad representativa.

Entrevistas semiestructuradas

Las entrevistas semiestructuradas estuvieron orientadas a explorar de manera individual las trayectorias migratorias, las vivencias de salud, las percepciones de bienestar y las estrategias de cuidado desarrolladas por las mujeres participantes. Las entrevistas se realizaron a mujeres a título personal, a través de redes informales y mediante difusión en redes sociales, lo que permitió acceder a experiencias diversas y complementarias a las recogidas en los espacios grupales.

Sesiones de trabajo: Grupos de Discusión y encuesta

Las sesiones de trabajo con los grupos de mujeres tuvieron como finalidad favorecer un proceso integral de reflexión, aprendizaje y acción en torno a la salud y el bienestar de las mujeres migradas. Entre sus objetivos se incluyeron la recogida de información para la investigación, la promoción del conocimiento sobre la salud integral desde una perspectiva de género, la provisión de herramientas prácticas para el autocuidado y el bienestar, el fortalecimiento de redes de apoyo y la difusión de mensajes en redes sociales desde un enfoque de derechos y promoción de la salud.

En función de las características y disponibilidad de cada grupo, las sesiones se desarrollaron en dos, tres o cuatro encuentros, con una duración total de 14 horas de trabajo grupal certificadas, destinadas a la reflexión, la formación y la acción. Las sesiones fueron dinamizadas por el equipo técnico del programa MARIS, siguiendo guiones flexibles que favorecieron la participación activa, el respeto a los tiempos de las participantes y la creación de un clima de escucha y cuidado.

A lo largo del proceso se trabajaron de forma transversal las distintas dimensiones de la salud integral: salud física, sexual, menstrual, reproductiva, emocional, espiritual, social, familiar, económica y laboral, promoviendo una mirada interseccional del bienestar y teniendo en cuenta las condiciones de vida y los contextos migratorios de las participantes.

Para ello, se utilizaron materiales de apoyo visual y recursos adaptados a la diversidad cultural, facilitando la comprensión y la participación.

Se priorizó en todo momento la creación de un clima de confianza y seguridad, especialmente cuando emergieron vivencias vinculadas a situaciones de vulnerabilidad o violencia. Además de servir como espacio de recogida de información para la investigación, los grupos de trabajo contribuyeron al fortalecimiento de las redes entre las participantes, al apoyo mutuo y al reconocimiento de saberes compartidos.

Las sesiones se desarrollaron a partir de una metodología participativa y vivencial, basada en dinámicas de grupo, ejercicios prácticos y el intercambio de testimonios. Se fomentó la escucha activa, la expresión libre, el reconocimiento de las experiencias diversas y la construcción colectiva de conocimiento.

Estructura y contenidos de las sesiones

El tiempo de trabajo grupal se organizó en tres bloques consecutivos:

1. Reflexión: grupo de discusión y encuesta [1 - 1,5 horas]

Las sesiones grupales comenzaron con un espacio de reflexión en el que se aplicaron dos técnicas de investigación. Por un lado, se desarrolló un grupo de discusión inicial como espacio de reflexión conjunta en torno a la salud de las mujeres, que permitió compartir percepciones, vivencias y significados asociados a la salud integral. Estas sesiones fueron grabadas y posteriormente analizadas.

Por otro lado, se aplicó el cuestionario anónimo, con preguntas relacionadas con la percepción de las distintas dimensiones de la salud y la autopercepción del estado de salud, cuyos resultados se utilizaron como apoyo descriptivo al análisis cualitativo.

2. Formación: salud integral con perspectiva de género e intercultural [10 horas]

Este bloque constituyó la parte más extensa del proceso. Se ofrecieron contenidos formativos organizados en distintos módulos y se habilitaron espacios para el desarrollo de dinámicas participativas, orientadas a la reflexión individual, el intercambio colectivo y la generación de contenidos para su posterior análisis.

La formación se centró en la promoción de la salud, incorporando factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en el bienestar de las mujeres migradas.

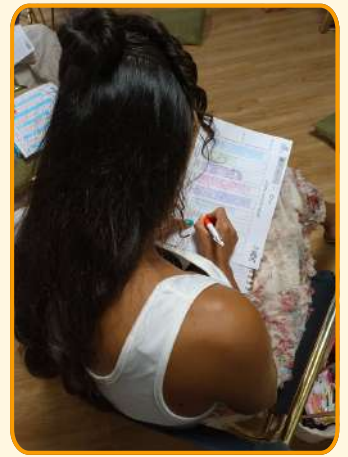
Los contenidos se organizaron en los siguientes módulos:

- **Módulo 1.** Salud integral de las mujeres: cuerpo, mente y sociedad como ejes del bienestar.
- **Módulo 2.** Autocuidado diario: alimentación, movimiento y hábitos saludables.
- **Módulo 3.** Bienestar emocional: herramientas para fortalecer la salud mental.
- **Módulo 4.** Género, violencias y derechos: claves para la prevención y el empoderamiento.
- **Módulo 5.** Creación de redes de apoyo: importancia del acompañamiento y la comunidad.
- **Módulo 6.** Técnicas de comunicación: cómo compartir y difundir mensajes de autocuidado.

Como parte del proceso formativo, se facilitó a las participantes un diario de autocuidados, destinado a acompañar su proceso de autoconocimiento, así como una guía de autocuidados básicos, que sirvió como herramienta de apoyo y como base para explorar sus propias prácticas de cuidado.

3. Acción: comunicación en redes sociales [2,5 - 3 horas]

Este bloque tuvo como objetivo fomentar el uso de las redes sociales como herramienta de promoción de la salud y empoderamiento de las mujeres migradas. En este espacio, las participantes elaboraron mensajes en formato audiovisual (vídeos y audios) destinados a su difusión en las redes sociales del programa, poniendo en valor sus saberes, experiencias y mensajes clave sobre salud integral.



Grupos de discusión

Los grupos de discusión fueron una de las principales herramientas cualitativas utilizadas en el programa MARIS para explorar, desde una perspectiva colectiva, cómo las mujeres migradas entienden y experimentan la salud integral en su vida cotidiana. A través de esta técnica se abordaron de forma estructurada cuestiones relacionadas con la percepción general de la salud, los cambios vividos tras el proceso migratorio, el acceso y la experiencia con el sistema sanitario, así como prácticas de autocuidado vinculadas a cada tipo de salud. Los grupos permitieron también profundizar en barreras, factores de riesgo y estrategias de afrontamiento, así como en las diferencias percibidas por género, origen y condiciones de vida. Las sesiones se desarrollaron siguiendo un guión común y flexible, que facilitó la comparación entre territorios y la identificación de elementos compartidos y específicos en los distintos contextos.

Encuesta

De forma complementaria, se aplicó un cuestionario inicial a las mujeres participantes de los grupos de trabajo con el objetivo de recoger información básica sobre su perfil sociodemográfico y sus percepciones en relación con la salud integral. El cuestionario incluía preguntas sobre edad, lugar de nacimiento, tiempo de residencia en España y situación administrativa, así como una autoevaluación, mediante escalas del 1 al 10, de distintas dimensiones de la salud: física, emocional, sexual, reproductiva, menstrual, espiritual, laboral, económica, familiar y social. Asimismo, utilizando la misma escala, se recogió la importancia atribuida a cada una de estas dimensiones para el bienestar personal.

En el caso de las variables sociodemográficas, los gráficos se elaboraron respetando las categorías originales del cuestionario, sin realizar agrupaciones posteriores, con el fin de reflejar de manera fiel la diversidad de perfiles de las participantes. De este modo, la información gráfica reproduce directamente las opciones de respuesta recogidas en el trabajo de campo.

En relación con las escalas de autoevaluación de la salud y de la importancia atribuida a cada dimensión, las puntuaciones originales del 1 al 10 se recodificaron en cinco categorías cualitativas con el fin de facilitar la interpretación y la representación gráfica de los resultados. Esta recodificación permitió sintetizar la información sin perder el sentido de la valoración expresada por las participantes, agrupando las respuestas en niveles de percepción claramente identificables (por ejemplo: muy mala, mala, regular, buena y muy buena).

La agrupación de la escala numérica en categorías responde a un criterio analítico y comunicativo, orientado a identificar tendencias generales en la percepción del bienestar y a evitar una lectura excesivamente fragmentada de los datos. De este modo, se favorece una comprensión más clara de cómo se distribuyen las valoraciones dentro de cada dimensión de la salud, manteniendo la coherencia con el enfoque descriptivo del estudio.

En los gráficos correspondientes, los resultados se expresan en porcentajes calculados sobre el total de respuestas válidas a cada pregunta, de manera que cada gráfico representa el 100% de las respuestas efectivamente emitidas para esa variable concreta. Este criterio permite comparar visualmente la distribución de las valoraciones dentro de cada grupo, con independencia del tamaño absoluto de la muestra o del número de participantes que respondieron a cada ítem.

En coherencia con el enfoque cualitativo del estudio, los resultados de la encuesta se utilizan con una función descriptiva y contextual, como apoyo al análisis cualitativo, sin pretensión de representatividad estadística.

Entrevistas semiestructuradas

El trabajo de campo cualitativo incluyó la realización de 20 entrevistas semiestructuradas a mujeres de origen migrante, desarrolladas entre los meses de abril y noviembre de 2025. Las entrevistas se llevaron a cabo en distintos territorios del Estado español, principalmente en Madrid, Valladolid, Valencia, Málaga, Barcelona y Cáceres, lo que permitió recoger experiencias diversas vinculadas a distintos contextos territoriales.

Las entrevistas se diseñaron a partir de un guion semiestructurado, que permitió garantizar la coherencia temática del estudio y, al mismo tiempo, ofrecer flexibilidad para adaptarse a los ritmos, vivencias y prioridades de cada participante. Este formato facilitó un abordaje en profundidad de las trayectorias migratorias, las concepciones de la salud, las percepciones de bienestar y las prácticas de cuidado desarrolladas por las mujeres desde una perspectiva integral.

El guión de entrevistas se organizó en torno a distintas categorías de análisis, alineadas con el enfoque de salud integral del programa MARIS, abordando de forma transversal dimensiones como la salud física, sexual y reproductiva, emocional, espiritual, social y comunitaria, económica, laboral y administrativa. Asimismo, se incorporaron preguntas orientadas a explorar el acceso al sistema de salud, las experiencias de discriminación, las violencias vividas, las redes de apoyo y las recomendaciones formuladas por las propias mujeres.

Las entrevistas tuvieron una duración variable, adaptada a los ritmos, disponibilidades y necesidades de cada participante. La duración osciló entre aproximadamente 30 minutos y 1 hora y 25 minutos, lo que permitió un abordaje flexible y respetuoso de las experiencias personales. La duración media de las entrevistas se situó en torno a una hora, tiempo que resultó adecuado para profundizar en los contenidos de interés sin generar fatiga ni sobrecarga en las participantes.

Las entrevistas se realizaron a mujeres a título personal, a través de redes informales y mediante difusión en redes sociales. Todas las participantes fueron informadas previamente de los objetivos del estudio y otorgaron su consentimiento informado, garantizando en todo momento el anonimato, la confidencialidad de la información y el uso de los testimonios exclusivamente con fines de investigación y difusión de resultados agregados.

Descripción de los grupos de trabajo

Entidades participantes

El programa MARIS se desarrolló en colaboración con entidades sociales, comunitarias y culturales que trabajan de forma directa con mujeres migradas en distintos territorios del Estado español. La selección de estas entidades priorizó aquellas dirigidas por mujeres migradas con pocos recursos. Esto permitió acceder a grupos con perfiles diversos, arraigados en contextos locales específicos y con trayectorias comunitarias consolidadas.

Asociación Mujeres Entremundos - Sevilla



La Asociación Mujeres Entremundos es una entidad feminista liderada por una mujer migrada afrodescendiente, que trabaja por la mejora de las condiciones de vida de las mujeres migradas desde un enfoque comunitario y de empoderamiento. La entidad acompaña principalmente a mujeres en contextos de alta vulnerabilidad social y administrativa, muchas de ellas vinculadas al empleo doméstico y con trayectorias migratorias recientes. A través de proyectos formativos y espacios de apoyo mutuo, promueve el empoderamiento, la autonomía y el acceso a derechos, fortaleciendo redes que sostienen el bienestar y la dignidad de las mujeres.

Más información: www.mujeresentremundos.es

Asociación de Mujeres Pachamama - Uviéu/Oviedo



La Asociación de Mujeres Pachamama es una entidad feminista, militante y antirracista gestionada por una mujer de origen colombiano, con un fuerte arraigo territorial en Oviedo/Uviéu. Su trabajo se desarrolla desde una perspectiva comunitaria, utilizando de forma habitual espacios autogestionados y promoviendo procesos colectivos de apoyo mutuo entre mujeres migradas. La asociación impulsa iniciativas que combinan acompañamiento, activismo social y creación de redes, entendiendo el cuidado, la organización comunitaria y la acción colectiva como herramientas fundamentales para el bienestar, la resistencia y el ejercicio de derechos.

Más información: www.instagram.com/muyerespachamama/

Asociación de Mujeres Inmigradas en Acción (AMIA) - Huelva



La Asociación de Mujeres Inmigradas en Acción (AMIA) es un espacio comunitario gestionado por una mujer de origen marroquí que acompaña principalmente a mujeres migradas procedentes de Marruecos y Argelia. La asociación se caracteriza por un fuerte componente cultural y una intensa sensación de hogar y pertenencia, funcionando como un espacio de apoyo cotidiano y confianza. Desde AMIA se impulsan iniciativas orientadas a la mejora de las condiciones de vida, el apoyo mutuo y el acceso a recursos básicos, como la gestión de ayudas vinculadas al banco de alimentos.

Más información: www.instagram.com/amiahuelva/?hl=es

ONG Rescate es una entidad estatal con una amplia trayectoria dedicada a la atención y acompañamiento integral de personas migradas, refugiadas y solicitantes de protección internacional, con especial atención a situaciones de vulnerabilidad. En Málaga, desarrolla su labor a través de espacios seguros de acogida y apoyo, ofreciendo acompañamiento psicosocial, orientación social y jurídica, y acciones orientadas a la inclusión y el fortalecimiento de la autonomía, especialmente de mujeres, incluidas supervivientes de violencia de género. A nivel estatal, la organización cuenta con sedes en distintas ciudades y despliega programas de acogida, inclusión social, formación, sensibilización y cooperación internacional, trabajando desde un enfoque de derechos humanos, cuidado y dignidad.

Más información: <https://ongrescate.org/>

La Parcería - Madrid



La Parcería es un colectivo cultural y centro de creación independiente nacido en Madrid que impulsa proyectos artísticos, curatoriales, de investigación y mediación desde una perspectiva migrante, antirracista y decolonial. A través de actividades que incluyen música, artes visuales, mediación educativa, talleres, publicaciones y residencias artísticas, la entidad busca poner en valor las expresiones culturales de las comunidades diaspóricas, generar espacios de encuentro y diálogo, fortalecer redes de cooperación y enriquecer el tejido cultural de la ciudad desde un enfoque crítico y solidario.

Más información: <https://laparceria.org/>

Procomar Valladolid Acoge - Valladolid



Procomar Valladolid Acoge es una entidad social sin ánimo de lucro que trabaja por la acogida, el acompañamiento y la inclusión social de personas migradas, desde un enfoque de derechos, igualdad y convivencia intercultural. A través de programas de orientación social y jurídica, apoyo psicosocial, inserción sociolaboral y sensibilización comunitaria, la entidad promueve la participación activa de las personas migradas y el fortalecimiento del tejido social en Valladolid.

Más información: www.valladolidacoge.org

Afrocolectiva - Madrid



Afrocolectiva es una entidad autogestionada afrofeminista, antirracista y panafricanista, creada en 2022 con el objetivo de combatir los sistemas de opresión desde un enfoque interseccional, pedagógico y comunitario. Su trabajo se centra en la creación y difusión de contenidos educativos, así como en la organización de talleres, clubes de lectura y espacios formativos, tanto presenciales como virtuales, orientados a la reflexión crítica, la conciencia antirracista y el fortalecimiento político y colectivo de personas racializadas. A través del activismo cultural y la comunicación digital, Afrocolectiva promueve el pensamiento crítico, la producción de conocimiento crítico y la transformación social.

Más información: <https://www.afrocolectiva.org/>

Características de los grupos de trabajo

Los grupos de trabajo no constituyen unidades homogéneas ni comparables en sentido estadístico. Su diversidad responde tanto a las características de los territorios como al perfil de las entidades colaboradoras y a las trayectorias de las mujeres participantes. Esta heterogeneidad no se entiende como una limitación, sino como una fortaleza metodológica, ya que permitió recoger una amplia pluralidad de experiencias y contextos.

Grupo de discusión · Sevilla (Mujeres Entre Mundos)

El grupo de Sevilla estuvo compuesto por mujeres migradas de diversos países, principalmente de América Latina y África, con edades comprendidas entre los 22 y los 61 años. Muchas de las participantes se encontraban en situación administrativa irregular y trabajaban —o habían trabajado— como internas en el empleo doméstico, lo que marcó de forma significativa la conformación del grupo. Se trató de un grupo numeroso y heterogéneo, atravesado por contextos de alta precariedad laboral y vital, con trayectorias migratorias recientes y una fuerte carga de responsabilidades económicas y familiares.

Grupo de discusión · Oviedo (Mujeres Pachamama)

El grupo de Oviedo estuvo formado por mujeres migradas procedentes principalmente de países latinoamericanos, con una amplia diversidad generacional: desde mujeres jóvenes hasta mujeres de edad avanzada, entre los 28 y los 74 años. Muchas de ellas llevaban varios años residiendo en Asturias, lo que permitió recoger experiencias vinculadas a procesos migratorios de medio y largo recorrido. El grupo se caracterizó por su pluralidad de edades, trayectorias y momentos vitales, así como por una fuerte dimensión comunitaria y relacional.

Grupo de discusión Huelva (Asociación de Mujeres Inmigradas en Acción)

El grupo de Huelva estuvo integrado mayoritariamente por mujeres procedentes de Marruecos y Argelia, con trayectorias laborales vinculadas al sector agrícola, especialmente a la recogida de la fresa. Algunas participantes se encontraban trabajando en el momento del estudio, mientras que otras no realizaban trabajo remunerado y dependían económicamente de sus parejas. El grupo presentó perfiles de alta vulnerabilidad socioeconómica y una fuerte vinculación al entorno comunitario de la asociación, que funcionó como espacio de referencia, apoyo y pertenencia.

Grupo de discusión · Málaga (ONG Rescate)

El grupo de Málaga reunió a mujeres migradas con trayectorias diversas, tanto en términos de origen como de situación personal y administrativa. Algunas participantes formaban parte de un grupo previo de apoyo a mujeres supervivientes de violencia de género, mientras que otras se encontraban en procesos migratorios más recientes o en situación de mayor transitoriedad. A lo largo del proceso se consolidó un grupo estable, con continuidad en la participación y una composición heterogénea que permitió recoger miradas distintas sobre la salud y el bienestar en contextos de migración.

Grupo de discusión · Madrid – La Parcería

El grupo desarrollado en La Parcería estuvo compuesto mayoritariamente por mujeres migradas de origen latinoamericano, con trayectorias migratorias más largas y procesos vitales diversos. Se trató de un grupo con perfiles relativamente estables a nivel residencial y con experiencias previas de participación en espacios culturales, comunitarios o colectivos. La conformación del grupo permitió una reflexión compartida desde miradas más elaboradas sobre la migración, la identidad y los procesos de bienestar a lo largo del tiempo.

Grupo de discusión · Madrid – Afrocolectiva

El grupo de Afrocolectiva estuvo integrado principalmente por mujeres racializadas procedentes de distintos países de América Latina y África subsahariana. Se trató de un grupo con una marcada conciencia política y social, con trayectorias atravesadas por experiencias de racialización y participación en espacios de reflexión y activismo colectivo. La composición del grupo reflejó trayectorias diversas, pero con elementos comunes relacionados con la identidad racial y la reflexión colectiva en torno a los derechos.

Grupo de discusión Valladolid (PROCOMAR, Valladolid ACOGE)

El grupo de Valladolid estuvo formado por mujeres migradas de múltiples países de origen: América Latina, Europa del Este y el norte de África. Presentó una amplia diversidad generacional, con edades comprendidas entre los 26 y los 73 años, y trayectorias migratorias muy heterogéneas. El grupo combinó perfiles con distintos niveles de estabilidad administrativa, laboral y vital, lo que permitió recoger experiencias variadas sobre la salud en contextos de migración prolongada y precariedad sostenida.

Divergencias temáticas y especificidades contextuales

Aunque los grupos de discusión comparten un marco común atravesado por la experiencia migratoria y la precariedad estructural, el análisis evidencia divergencias significativas en los temas que adquieren mayor centralidad, en función del territorio, el tipo de trabajo predominante, la estabilidad de las trayectorias migratorias y el perfil sociopolítico de las participantes.

En los grupos desarrollados en Sevilla (Mujeres Entremundos) y Huelva (Asociación de Mujeres Inmigradas en Acción), donde predominan trayectorias laborales marcadas por el empleo doméstico en régimen de internas y el trabajo agrícola, los discursos se centran de forma recurrente en el agotamiento físico, la falta de descanso, el control del tiempo y la imposibilidad práctica de sostener el autocuidado. En estos contextos, la salud aparece estrechamente subordinada a la necesidad de trabajar y sobrevivir, con escaso margen para la prevención o la atención al malestar emocional.

En otros grupos, como Oviedo (Mujeres Pachamama) y Valladolid (Procomar Valladolid Acoge), con una mayor presencia de mujeres con trayectorias migratorias prolongadas y diversidad generacional, adquieren mayor peso cuestiones vinculadas al envejecimiento, el desgaste corporal acumulado y el miedo a enfermar sin una red de apoyo sólida. En el caso de Oviedo, además, emergen factores ambientales —como el clima frío y húmedo— que son percibidos como elementos que agravan dolencias físicas, especialmente en mujeres de mayor edad.

Los grupos desarrollados en Madrid, tanto en La Parcería como en Afrocolectiva, muestran una elaboración discursiva diferenciada. En La Parcería, con perfiles más estables y trayectorias de participación cultural y comunitaria, los relatos incorporan con mayor claridad reflexiones sobre el duelo migratorio a largo plazo, los procesos identitarios y la búsqueda de equilibrio entre trabajo, autocuidado y bienestar. En Afrocolectiva, el eje diferencial es el impacto del racismo estructural y la racialización, que se traduce en experiencias de estrés constante, hipervigilancia y miedo institucional, con consecuencias directas sobre la salud emocional y física.

Por su parte, el grupo de Málaga (ONG Rescate), atravesado en parte por procesos de acompañamiento a mujeres supervivientes de violencia de género y por situaciones de mayor transitoriedad vital, sitúa la salud emocional, la seguridad y la reconstrucción personal como elementos centrales del bienestar.

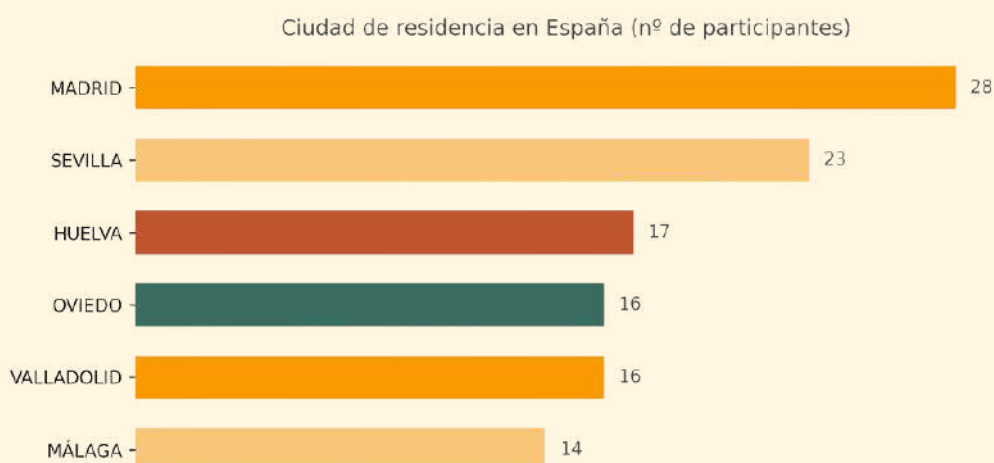
Estas divergencias muestran que, si bien las mujeres migradas comparten condiciones estructurales de desigualdad, los temas que emergen con mayor fuerza en cada grupo varían en función del contexto territorial, laboral, vital y político. Lejos de ser anecdóticas, estas diferencias subrayan la importancia de adoptar enfoques de salud feministas, interculturales y anti hegemónicos, capaces de reconocer tanto los patrones comunes como las especificidades de cada contexto.

Descripción de la muestra

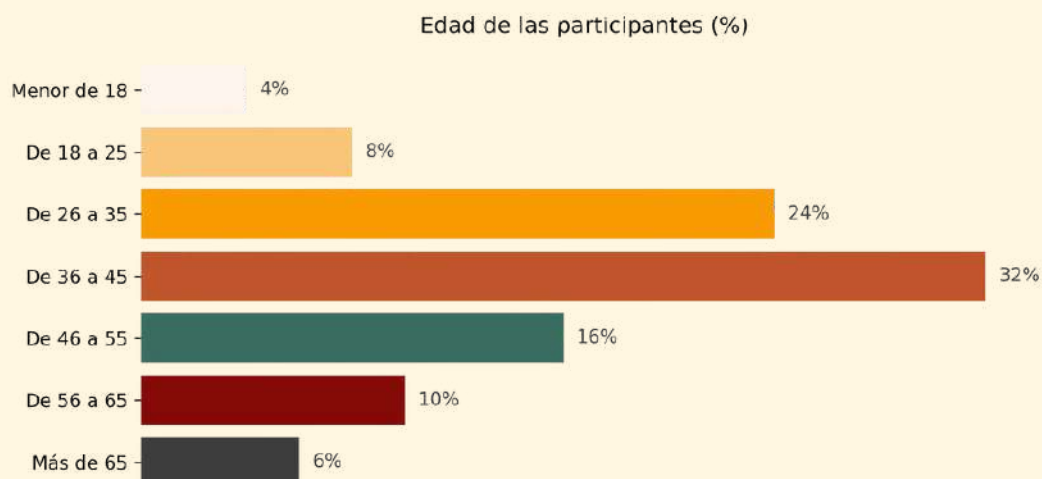
Grupos de discusión y encuesta

A continuación se presenta la descripción cuantitativa de la muestra recogida en el marco de los grupos de trabajo del programa MARIS. Esta muestra, de 114 personas es común tanto a los grupos de discusión como a la encuesta, dado que ambas técnicas se aplicaron a las mismas participantes durante las sesiones grupales.

Como se ha descrito anteriormente, las participantes de la muestra se distribuyen en siete grupos de trabajo desarrollados en distintos territorios del Estado español. En el caso de Madrid, el programa se llevó a cabo a través de dos grupos diferentes, uno de 12 y otro de 16 participantes. Esta distribución territorial permitió recoger experiencias vinculadas a contextos urbanos diversos y a distintos entramados comunitarios y asociativos.

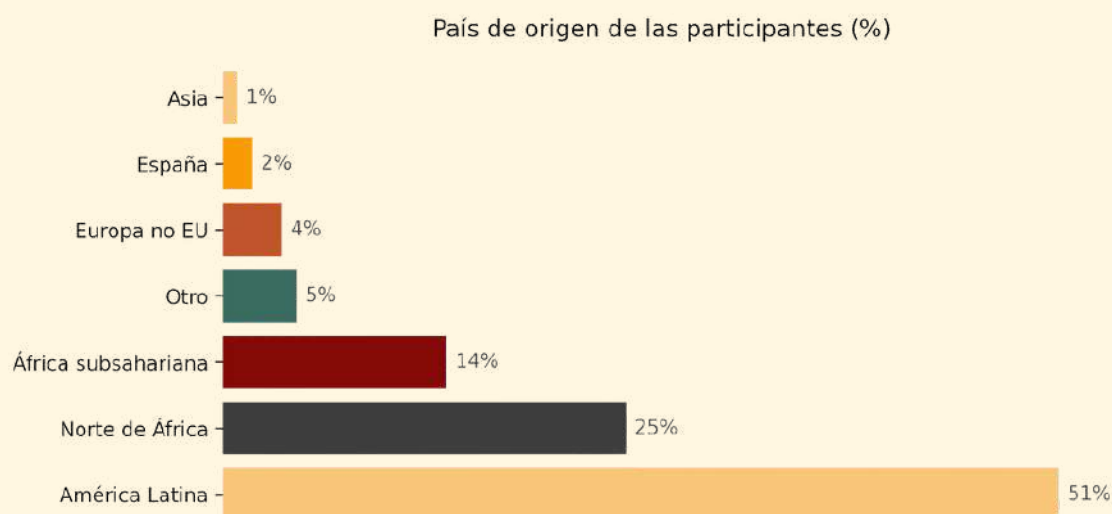


Las mujeres participantes abarcan un amplio rango etario. La mayoría se concentra en la edad adulta, entre los 26 y 45 años, con una participación moderada de mujeres de 46 a 55 años. En contraste, la presencia de mujeres menores de 18 años y mayores de 56 años fue minoritaria.



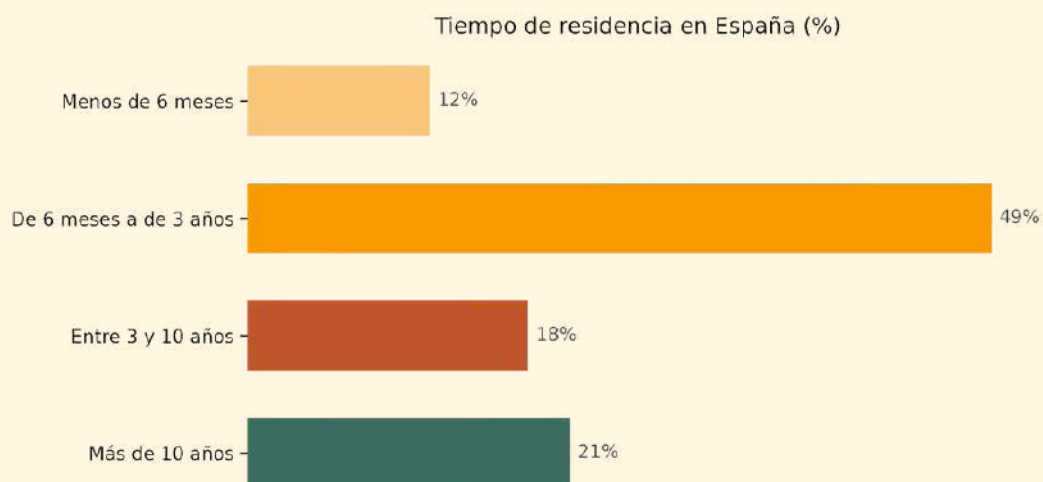
En relación con el **país de origen**, la mayoría de las participantes nacieron en América Latina (70 mujeres). La muestra presenta, asimismo, una presencia relevante de mujeres procedentes de países africanos, tanto del norte de África (27) como de África subsahariana (14). De forma minoritaria, se incluyen mujeres nacidas en Europa no comunitaria (4) y en Asia (1), así como mujeres nacidas en España de origen extranjero (3) y participantes cuyo país de nacimiento no fue especificado (6).

Aunque la muestra no es representativa a nivel estadístico, la mayor presencia de mujeres latinoamericanas y africanas se sitúa en consonancia con tendencias generales, sin que ello implique representatividad poblacional.



Teniendo en cuenta el periodo de **tiempo de residencia**, la mayor parte de las participantes vive en España desde entre 6 meses y 3 años, concentrando el grupo más numeroso de la muestra. A continuación, se sitúan las mujeres con trayectorias migratorias más prolongadas, que llevan entre 3 y más de 10 años en el país, mientras que una minoría corresponde a mujeres recién llegadas, con menos de 6 meses de residencia.

Esta diversidad en el tiempo de residencia en España permitió recoger experiencias, necesidades y percepciones diferenciadas en función del momento del proceso migratorio.

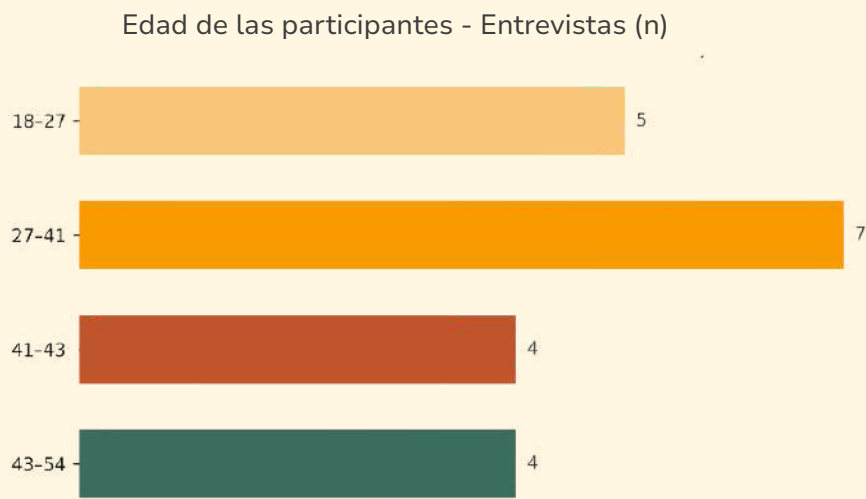


Por último, en relación con la **situación administrativa** en el momento de realización de los grupos de trabajo, 60 mujeres se encontraban en situación administrativa regular y 47 en situación administrativa irregular, lo que equivale aproximadamente a un 56 % y un 44 %, respectivamente, sobre el total de respuestas válidas a esta pregunta. Asimismo, 7 mujeres (en torno al 6 % de la muestra) no respondieron a esta cuestión. La situación administrativa constituye una variable especialmente relevante para el análisis, ya que condiciona de forma directa el acceso a derechos, recursos y servicios, y actúa como un factor estructural que atraviesa las experiencias de salud y bienestar de las mujeres migradas en el contexto español.



Entrevistas semiestructuradas

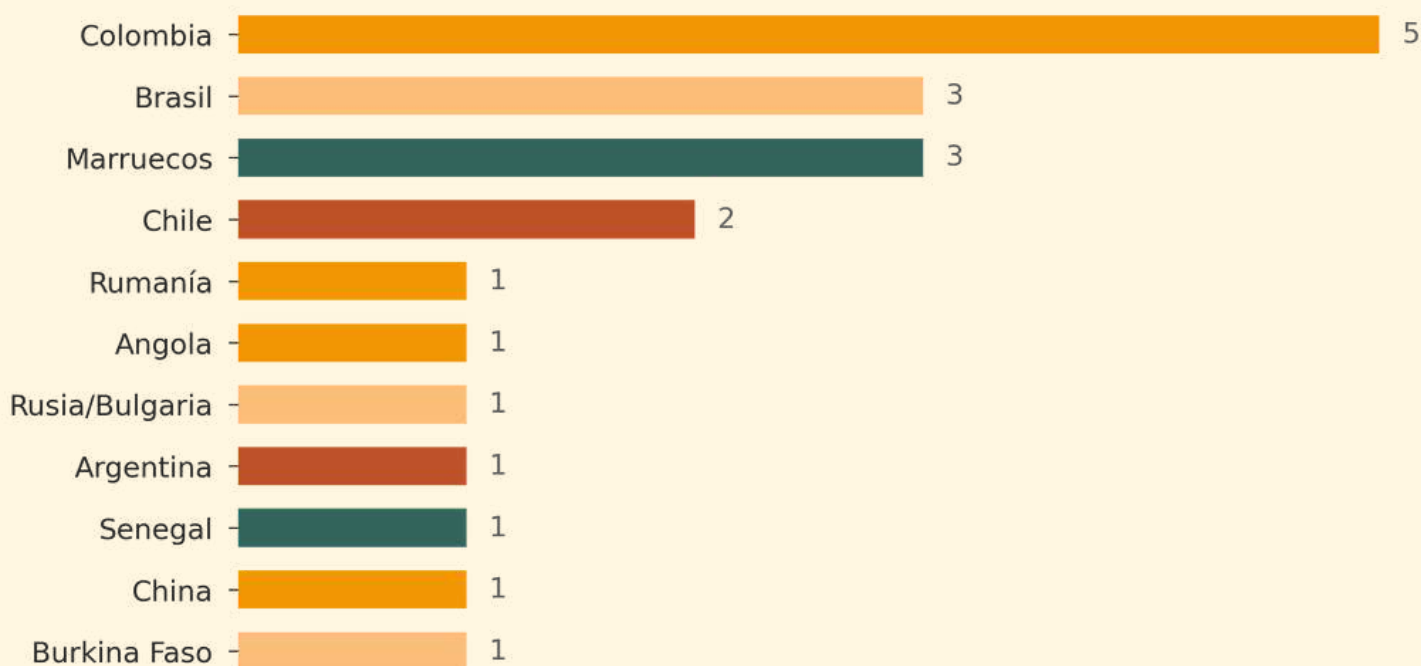
El perfil de las mujeres entrevistadas es diverso y heterogéneo, tanto en términos de trayectorias vitales como de situaciones socioeconómicas. Entre las participantes se incluyen perfiles muy distintos, que abarcan desde profesionales de referencia, estudiantes universitarias y mujeres emprendedoras, hasta mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad, como contextos de trata, trabajo interno en el ámbito de los cuidados, desempleadas o procesos migratorios recientes. Las mujeres participantes presentan una amplia diversidad de edades, con un rango comprendido entre los 19 y los 54 años, predominando los tramos de edad adulta. La mayor concentración de entrevistas corresponde a mujeres de entre 40 y 49 años, seguidas por el grupo de 18 a 29 años, lo que permitió incorporar tanto experiencias de mujeres jóvenes como de mujeres más mayores.



En cuanto al origen, la mayoría de las entrevistas se realizaron a mujeres procedentes de América Latina, seguidas de mujeres originarias de África subsahariana y del norte de África, así como de Europa del Este y Asia. Si bien la muestra no tiene representatividad estadística, esta distribución se sitúa en consonancia con tendencias generales observadas en la población migrante femenina en España, y permite incorporar una pluralidad de contextos migratorios relevantes para el análisis de las experiencias de salud integral.

Asimismo, el estudio incorpora la participación de tres mujeres nacidas en España con ascendencia migrante, concretamente con progenitores de origen marroquí, colombiano y burkinabé. La inclusión de estas voces aporta una perspectiva especialmente relevante, al permitir aproximarse a las experiencias de las denominadas segundas generaciones, cuyas vivencias en torno a la identidad, la pertenencia y la salud presentan características específicas y aún poco exploradas en este tipo de estudios.

País de origen · Entrevistas (n)



Consideraciones éticas, límites y alcance del estudio

Consideraciones éticas y confidencialidad

El estudio se desarrolló respetando en todo momento los principios éticos de la investigación social. La participación fue voluntaria, y todas las mujeres fueron informadas previamente sobre los objetivos del estudio, el uso de la información recogida y la garantía de anonimato. Se aseguró la confidencialidad de los datos, evitando cualquier información que pudiera permitir la identificación de las participantes. Los testimonios utilizados en el informe se presentan de forma anonimizada, incorporando únicamente referencias generales como son la edad, el país de origen o el territorio, con el objetivo de proteger la privacidad y la seguridad de las mujeres.

Sesgos y limitaciones del estudio

Como en toda investigación de carácter cualitativo y participativo, el estudio presenta una serie de sesgos y limitaciones que conviene señalar para contextualizar adecuadamente los resultados.

En primer lugar, la composición de la muestra muestra una mayor presencia de mujeres procedentes de América Latina en comparación con otros territorios de origen. Esta sobrerrepresentación se explica, en parte, por un mayor acceso a esta población, vinculado tanto a la ausencia de barreras lingüísticas como a la intermediación de las redes asociativas colaboradoras. Por el contrario, otros grupos poblacionales enfrentan mayores dificultades de participación debido a barreras idiomáticas, administrativas o de acceso, lo que puede influir en que determinadas experiencias y percepciones tengan mayor peso en los resultados.

En segundo lugar, la posición de la investigadora principal, mujer de origen español, constituye un posible sesgo en la interpretación de los relatos y en la elaboración del análisis, a pesar del enfoque feminista, intercultural y reflexivo adoptado. Si bien el proceso se desarrolló desde una actitud de escucha, contraste y revisión continua, es necesario reconocer que el lugar desde el que se investiga influye en la lectura y comprensión de las experiencias compartidas. Por último, el estudio se desarrolló principalmente con mujeres vinculadas a entidades sociales y espacios comunitarios, lo que facilitó el acceso a mujeres en verdadera situación de vulnerabilidad, sin embargo, limita el acceso a perfiles en situaciones de aislamiento o con barreras lingüísticas significativas. Esta limitación implica que determinadas realidades, especialmente las de mujeres con menor acceso a redes de apoyo o recursos, pueden no estar plenamente recogidas.

Alcance del enfoque integral

El estudio adopta una mirada integral de la salud, lo que permite abordar de forma amplia y relacional múltiples dimensiones del bienestar de las mujeres migradas. No obstante, este enfoque implica necesariamente una menor profundidad en cada dimensión específica, priorizando una visión global y transversal frente a análisis especializados de ámbitos concretos.

En este sentido, el trabajo no pretende agotar el análisis de cada dimensión de la salud, sino ofrecer un marco comprensivo amplio que permita identificar conexiones, tensiones y patrones comunes en las experiencias de las mujeres.

Aspectos no abordados y líneas pendientes

A pesar del esfuerzo por incorporar una mirada integral, el estudio no ha podido abordar de forma exhaustiva la totalidad de los factores que intervienen en el bienestar, quedando fuera algunos ámbitos relevantes. Entre ellos, destaca la salud ambiental y del entorno, vinculada a las condiciones de vivienda, el acceso a espacios verdes, la calidad del aire o el contexto territorial, dimensiones que tienen un impacto significativo en la salud y que merecen ser exploradas en futuras investigaciones.

Asimismo, la muestra no incluye de forma significativa a mujeres residentes en zonas rurales, si bien algunas participantes vivían en municipios pequeños o entornos semiurbanos. Esta ausencia limita la posibilidad de analizar las especificidades del bienestar y el acceso a recursos en contextos rurales, lo que constituye una línea de trabajo pendiente para estudios posteriores.

3 Resultados del análisis



Concepciones de la salud y el bienestar

En este apartado se analizan las principales concepciones expresadas por las mujeres en relación con la salud, la importancia atribuida a sus distintas dimensiones, la autopercepción del bienestar, los cambios tras la migración y las diferencias percibidas por género y origen.

Qué se entiende por salud

La mayoría de las mujeres definen la salud principalmente como un equilibrio entre lo físico y lo emocional. La salud se asocia, en primer lugar, a “estar bien del cuerpo” y “estar bien de la cabeza”, entendiendo que ambas dimensiones están estrechamente conectadas y se influyen mutuamente.

“La salud va a depender del funcionamiento pleno de nuestro cuerpo. Si estamos físicamente con buena salud vamos a poder hacer cualquier actividad que nos propongamos. Pero si no estamos bien mentalmente, tampoco funcionamos.”
(Grupo de discusión, Valladolid)



Junto a esta base física y emocional, muchas mujeres incorporan elementos relacionales, económicos y, en algunos casos, espirituales, ampliando la noción de salud hacia una visión más integral, en la que influyen el apoyo social, la estabilidad emocional y las condiciones de vida. Estas ampliaciones no sustituyen la dimensión físico-emocional, sino que la complementan y la contextualizan en la experiencia cotidiana.



“La salud es el completo bienestar físico y emocional; cuando tienes un buen trabajo, estás como ahí con un buen sueldo y tienes salud física y la gente que tú quieres a tu alrededor está bien también; la familia, tu madre gozan de buena salud” ***(Angola, 25 años)***

En contraste, la salud entendida únicamente como ausencia de enfermedad aparece de forma más puntual y limitada, generalmente asociada a momentos concretos de malestar físico intenso o, por ejemplo, a situaciones de enfermedad crónica.

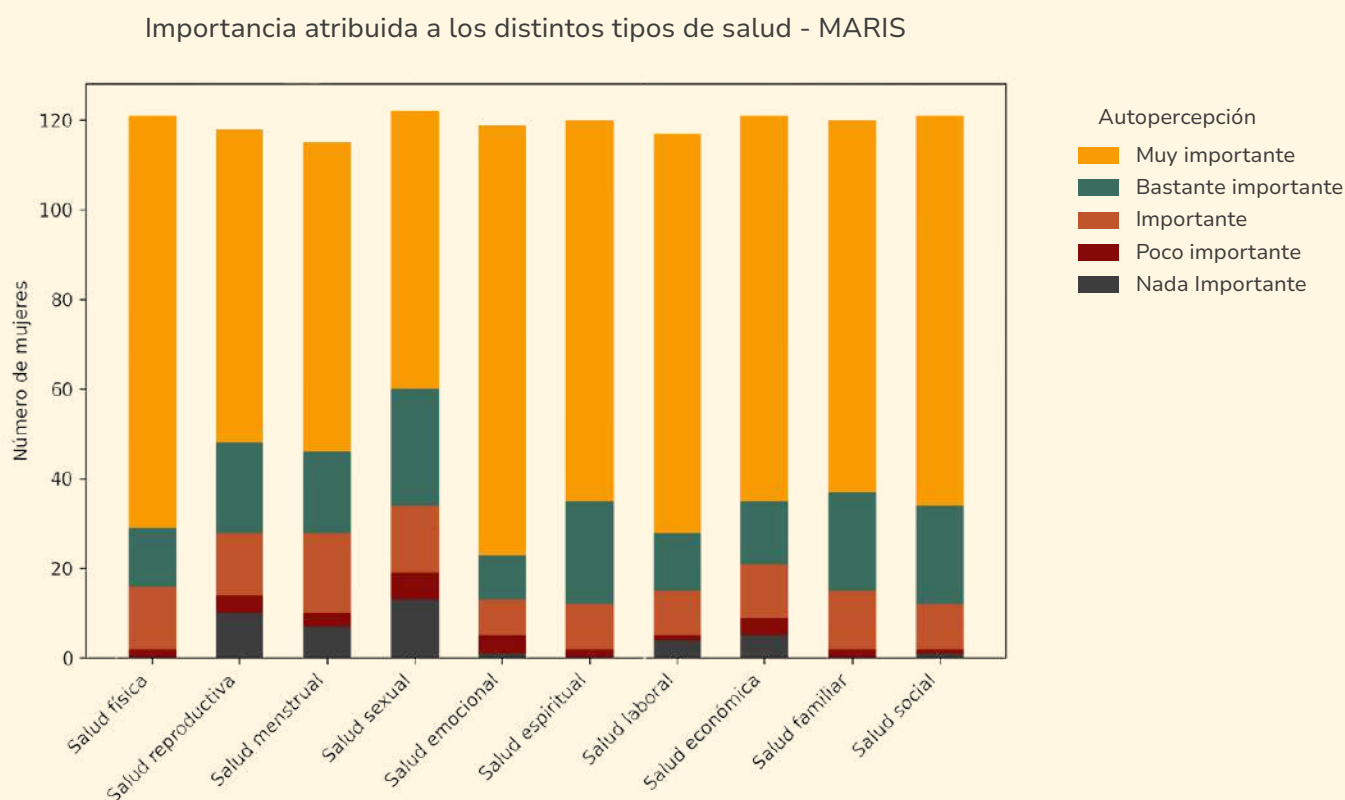
“Salud es una oportunidad para sentir. Porque cuando estás enferma, como yo, que voy al hospital tres veces por semana, ya no tienes tiempo ni para trabajar ni para nada.” ***(Grupo de discusión, Sevilla)***



Qué importancia le otorgan a cada tipo de salud

El **análisis cuantitativo** de la encuesta muestra que las mujeres participantes otorgan una importancia elevada a todas las dimensiones de la salud analizadas; la mayor parte de las respuestas se concentran en las categorías de “bastante importante” y “muy importante”. Esto evidencia una comprensión amplia e integral del bienestar, reflejando que la salud es concebida como un eje central para la vida cotidiana.

El análisis cuantitativo de la encuesta muestra que las mujeres participantes otorgan una importancia elevada a todas las dimensiones de la salud analizadas; la mayor parte de las respuestas se concentran en las categorías de “bastante importante” y “muy importante”. Esto evidencia una comprensión amplia e integral del bienestar, reflejando que la salud es concebida como un eje central para la vida cotidiana.



Al analizar las valoraciones de máxima importancia (puntuación 10), destacan tres dimensiones que concentran el mayor número de respuestas: la salud emocional (81%), la salud laboral (76%) y la salud física (75%). Esta jerarquía pone de relieve la centralidad del bienestar emocional, de la capacidad para trabajar y de mantener el cuerpo en condiciones que permitan sostener el día a día.

A continuación, se sitúan la salud familiar (69%), la salud económica (71%), la salud espiritual (71%) y la salud social (71%). Estas áreas refuerzan una concepción del bienestar estrechamente vinculada a los vínculos afectivos, la estabilidad material y los recursos de equilibrio personal.

Por el contrario, la salud menstrual (61%), la salud reproductiva (59%) y la salud sexual (50%), son las dimensiones que reciben un menor número de valoraciones de máxima importancia. Esta menor centralidad relativa se refleja también en el extremo opuesto de la escala: al analizar las respuestas que califican determinados tipos de salud como “nada importantes” (puntuación 1), la salud sexual concentra el mayor número de respuestas (10%), seguida de la salud reproductiva (9%) y la salud menstrual (6%).

Por otro lado, el análisis cualitativo de las entrevistas y de los grupos de discusión permite profundizar en los significados que se atribuyen a las distintas dimensiones de la salud, y aporta claves interpretativas para comprender las prioridades observadas en la encuesta. La salud emocional emerge de forma recurrente como un eje central del bienestar. Las mujeres la vinculan al impacto del proceso migratorio, al duelo por las pérdidas acumuladas, a la soledad y a la sobrecarga emocional derivada de sostener múltiples responsabilidades sin red. Cuidar la salud emocional aparece como una necesidad básica para “no venirse abajo” y poder seguir adelante en el día a día.

“Si no estás bien de la cabeza, el cuerpo tampoco responde. Puedes intentar seguir trabajando, pero todo te pesa más y al final te enfermas”

(Grupo de discusión, Oviedo)



De forma estrechamente relacionada, la salud laboral y la salud física ocupan un lugar prioritario en los relatos. El cuerpo es concebido como la principal herramienta para trabajar, generar ingresos y sostener a la familia. En este sentido, “estar sana” no se asocia tanto a la ausencia de enfermedad como a la capacidad de funcionar, rendir y no parar.



“Mientras pueda levantarme y trabajar, yo digo que estoy bien. Aunque me duela todo” (Grupo de discusión, Huelva)

Las dimensiones familiar, económica y social aparecen también fuertemente interconectadas en los discursos. La salud se entiende como algo relacional: estar bien implica poder cuidar y ser cuidada, mantener vínculos significativos y contar con una mínima estabilidad material. La falta de apoyo, la inseguridad económica o los conflictos familiares son vividos como factores que deterioran la salud de forma directa:

“Si en casa hay problemas o no llega el dinero, eso se nota en todo, hasta en el ánimo” (Grupo de discusión, Málaga)



La salud espiritual, aunque menos nombrada de forma explícita, emerge en los relatos como un recurso de sostén emocional y de sentido para afrontar la incertidumbre y encontrar equilibrio; especialmente en contextos de dificultad.



“Emocionalmente estoy cansada, pero por dentro siento que sigo fuerte” (Grupo de discusión, Málaga)

Por el contrario, las dimensiones sexual, reproductiva y menstrual aparecen con menor frecuencia en los discursos y, en ocasiones, asociadas a silencios o incomodidades. Muchas mujeres reconocen su importancia, pero señalan que quedan relegadas frente a otras urgencias:

“Nosotras hemos tenido un distanciamiento significativo, entonces siento que eso también está muy mal. O sea, no he prestado mucha atención al autocuidado, como tener momentos para explorar o definir cosas que puedan brindarme placer a nivel sexual.” (Brasil, 43 años)



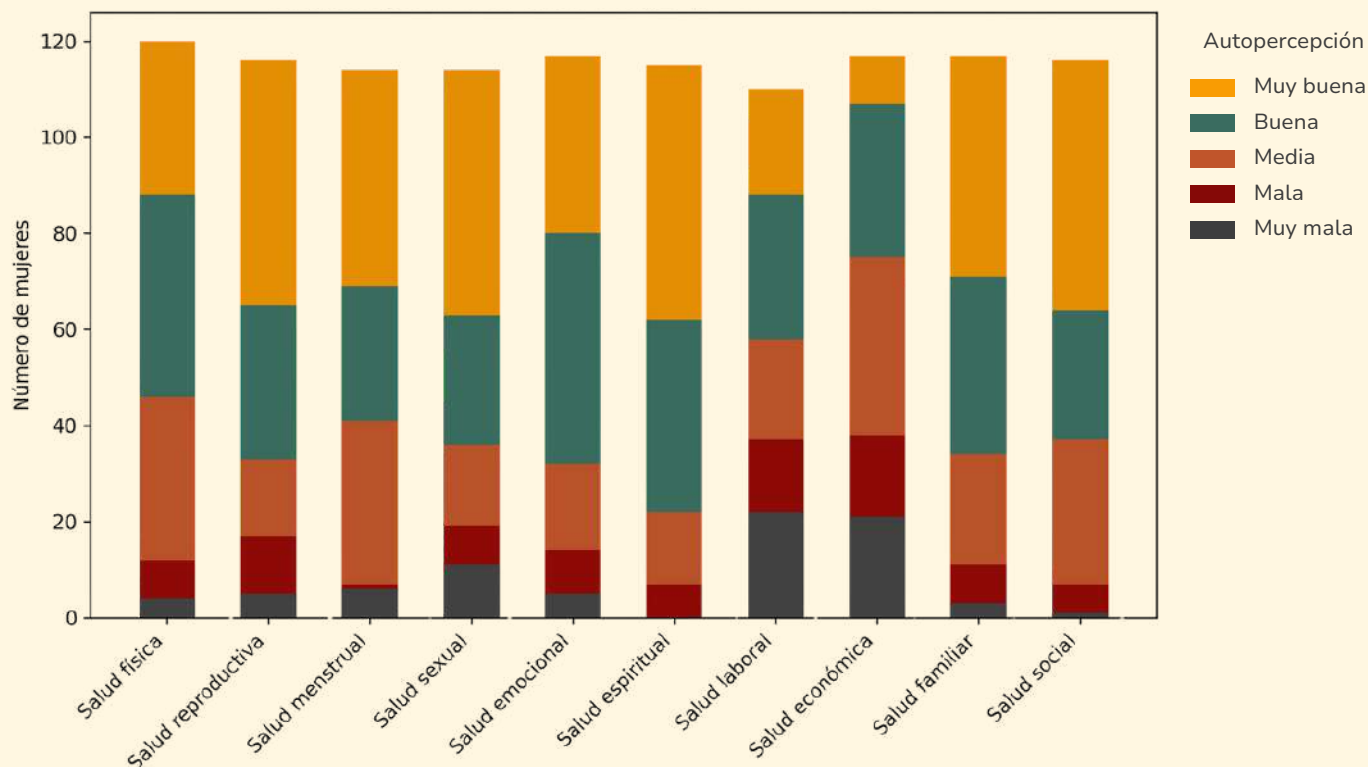
La lectura conjunta de los datos cuantitativos y cualitativos muestra una convergencia clara en la forma en que las mujeres participantes conciben y priorizan la salud. Las dimensiones que concentran mayores niveles de importancia en la encuesta, especialmente la salud emocional, laboral y física; se corresponden con aquellos ámbitos que, en los relatos, aparecen como condiciones indispensables para sostener la vida cotidiana. Esta centralidad no responde a una jerarquía abstracta, sino a una lógica de supervivencia y autonomía, en la que “estar sana” se asocia a poder seguir funcionando, trabajando y cuidando.

De forma complementaria, la elevada valoración de las dimensiones familiar, social, económica y espiritual refuerza una concepción relacional e interdependiente del bienestar, mientras que la menor centralidad relativa de la salud sexual, reproductiva y menstrual no expresa desinterés, sino a posibles desigualdades estructurales y falta de espacios de cuidado. El cruce de ambos enfoques evidencia que las prioridades expresadas por las mujeres están profundamente ancladas en sus condiciones socioeconómicas de vida y en el impacto del proceso migratorio.

Estado de la salud integral autopercibido

El **análisis cuantitativo** de la encuesta permite observar la autopercepción de la salud de las mujeres participantes de forma comparativa entre las distintas dimensiones analizadas. En términos generales, se aprecia que la mayoría de las respuestas se concentran en las categorías media, buena y muy buena, mientras que las valoraciones mala o muy mala son minoritarias en casi todas las dimensiones.

Autopercepción de la salud integral por dimensiones - MARIS



Las dimensiones que presentan una mejor autopercepción global son aquellos ámbitos relacionados con los vínculos, las relaciones sociales, la funcionalidad corporal y los recursos personales de apoyo. En el caso de la salud física, 94% de las mujeres la valoran como buena o muy buena; la salud espiritual alcanza 79% de valoraciones positivas; la salud familiar, 70%; y la salud social, 68%.

La salud emocional presenta un patrón diferenciado. Aunque 71% de las mujeres la valoran como buena o muy buena, un 13% manifestó una percepción negativa, lo que resalta la necesidad de fortalecer estrategias de apoyo emocional.

Por su parte, las dimensiones laboral y económica muestran una autopercepción más frágil. En la salud laboral, 48% de las mujeres se sitúan en niveles buenos o muy buenos, mientras que 33% la valoran como mala o muy mala. En la salud económica, las valoraciones positivas descienden a 37%, frente a 32% percepciones negativas, concentrándose como el tipo de salud con mayor respuesta en niveles intermedios (31%).

Finalmente, las dimensiones de salud menstrual, sexual y reproductiva presentan una mayor dispersión en las respuestas. En la salud menstrual, 6% de las mujeres declaran una percepción mala o muy mala, frente a 64% de valoraciones positivas. En la salud sexual, se registran 16% de valoraciones negativas y 69% positivas, mientras que en la salud reproductiva 13% de las mujeres se sitúan en niveles negativos frente a 72% de valoraciones buenas o muy buenas. Esta heterogeneidad evidencia una distribución más diversa de las percepciones en estos ámbitos en comparación con otras dimensiones de la salud.

El **análisis cualitativo** permite comprender cómo las mujeres evalúan su propio estado de salud estrechamente vinculada a la capacidad de sostener la vida cotidiana. En los relatos, la autopercepción positiva de dimensiones como la salud familiar, social, física y espiritual se asocia principalmente a la existencia de vínculos, redes de apoyo y recursos internos que permiten “seguir adelante”, incluso en contextos de dificultad.

La salud familiar y social aparece como un factor de protección central. Sentirse acompañada, contar con personas de confianza o participar en espacios comunitarios contribuye de manera directa a una percepción más positiva del bienestar, incluso cuando otras áreas de la vida presentan dificultades.



“Yo no diría que estoy bien del todo, pero puedo trabajar, puedo levantarme cada día y seguir. Mientras pueda hacer eso, digo que estoy bien”
(Grupo de discusión, Valladolid)

En este sentido, las mujeres expresan que sentirse “bien” no implica necesariamente ausencia de dolor, fatiga o preocupación, sino poder seguir funcionando. El cansancio, el malestar emocional o las molestias físicas aparecen como experiencias frecuentes, pero tienden a relativizarse mientras no impidan trabajar, cuidar o atender las obligaciones cotidianas. Esta lógica contribuye a la normalización del desgaste..

“Siempre estás cansada, pero te acostumbras. Mientras el cuerpo aguante, sigues” ***(Grupo de discusión, Huelva)***



La salud espiritual, aunque no siempre verbalizada con ese término, emerge como un recurso de regulación emocional. La fe, el autoconocimiento o las prácticas simbólicas ayudan a gestionar el estrés y mantener el equilibrio en momentos de incertidumbre:



“Hay momentos en los que necesitas agarrarte a algo para no venirse abajo.”
(Málaga, Valladolid)

En contraste, la salud emocional aparece como una dimensión especialmente frágil. Aunque muchas mujeres se perciben “bien” en términos generales, los discursos revelan una convivencia constante con el estrés, la preocupación y el cansancio mental. Esta ambivalencia explica la coexistencia de valoraciones positivas y negativas de la encuesta:



“Yo dejé de sentir en un momento. Recibes tantos golpes, tantas desilusiones, que llega un punto en que absolutamente nada te hace ilusión”
(Grupo de discusión, Valladolid)

Por último, la autopercepción de las dimensiones menstrual, sexual y reproductiva es muy heterogénea. En los relatos aparecen experiencias muy distintas, atravesadas por el acceso desigual a la atención sanitaria, la educación, la edad y el momento vital. En muchos casos, estas áreas quedan relegadas frente a otras urgencias, lo que contribuye a una valoración más ambivalente.

“Admiro mucho a la gente que conoce sus ciclos menstruales porque no es una cosa que yo tenga muy incorporada. No, y es una cosa que me gustaría tener, pero que no termino de hacer” ***(Colombia, 40 años)***



El cruce de los datos cuantitativos y cualitativos muestra una coherencia clara en la forma en que las mujeres participantes perciben su estado de salud. Las dimensiones que concentran una mayor autopercepción positiva, salud familiar, social, física y espiritual, se corresponden con aquellos ámbitos que funcionan como factores de protección frente a contextos de migración, precariedad y sobrecarga.

Por el contrario, la fragilidad observada en la salud emocional, laboral y económica refleja el impacto directo de las condiciones estructurales de vida, caracterizadas por la inseguridad, la exigencia constante y la falta de estabilidad; relacionado con factores de riesgo. Los resultados evidencian que la autopercepción de la salud no responde a una noción de bienestar pleno, sino a una evaluación contextualizada de la capacidad de resistir, adaptarse y seguir adelante, lo que refuerza la necesidad de enfoques de salud integral que incorporen las dimensiones sociales, laborales, emocionales y relacionales como elementos centrales del bienestar.

Cambios en la percepción tras la migración

El análisis de los discursos muestra que la migración introduce cambios claros y reiterados en la percepción de la salud, especialmente en tres planos: el impacto inicial negativo, la creciente centralidad de la salud mental y la resignificación del autocuidado con el paso del tiempo. En este sentido, la migración actúa como un factor de riesgo en las primeras etapas, especialmente para la salud emocional, aunque también puede convertirse en un proceso que transforma la conciencia sobre la salud cuando existen condiciones mínimas de estabilidad, acceso a derechos y redes de apoyo.

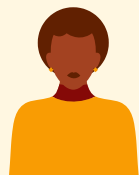
La mayoría de las mujeres sitúan la migración como un momento de deterioro de la salud, especialmente al inicio. Este empeoramiento se explica por el duelo migratorio, la incertidumbre administrativa y la precariedad económica, generando un estrés sostenido y sentimiento de soledad que afecta a la salud emocional y, en muchos casos, se somatiza.

“La salud emocional se deteriora y cuando se deteriora la salud emocional, se deteriora el cuerpo. Yo acá he subido 20 kilos de estrés”

(Grupo de discusión, Sevilla)



Un hallazgo relevante es el cambio en la percepción de la salud mental. La experiencia migratoria resiente la salud mental y provoca el reconocimiento del sufrimiento psicológico como un problema real de salud.



“En mi país no se cree mucho en la depresión. Antes, pensaba que la depresión era un drama, hasta que la viví aquí. Cuando llegué empecé a tener problemas emocionales que nunca había tenido, aquí empecé a enfermarme más, por el estrés, el trabajo y estar sola” ***(Angola, 25 años)***

La migración supone una ruptura en el acceso habitual a la salud, especialmente en cuidados preventivos. Las dificultades administrativas y la ausencia de recursos económicos provocan retrasos, abandono de revisiones y una normalización del malestar físico.



“Estuve años sin ir al dentista o revisar la vista porque no sabía a qué tenía acceso ni tenía condiciones materiales” ***(Colombia, 40 años)***

Los relatos muestran asimismo modificaciones claras en los hábitos de vida tras la migración; alimentación, horarios, prácticas sociales y actividad física, con un impacto negativo inicial que se traduce en aumento de peso, dolores o cansancio.



“Aquí todo el ocio gira en torno a beber. Si no bebes, parece que no encajas, y eso a mí me afecta mucho, porque no es una forma de cuidarte ni física ni emocionalmente” ***(Colombia, 42 años)***

Aunque la mayoría de las mujeres relatan un empeoramiento de su salud tras la migración, en menor medida, algunas mujeres señalan la migración como una oportunidad de mejora, especialmente en salud física y controles médicos. Estas mejoras no siempre se extienden a la salud emocional, que continúa siendo la dimensión más frágil.

“Ella va al revés, ella va al revés, dice aquí está mejor y en su país no estaba mejor. Porque estaba sufriendo mucho en su país y aquí se ha encontrado todo por delante, se siente mejor de salud, de todo lo que tenía.” ***(Grupo de discusión, Huelva)***



Con el paso del tiempo, muchas mujeres señalan que la salud adquiere un lugar más central en sus vidas. La migración, la edad, las experiencias acumuladas y sobre todo, la mayor estabilidad; generan una percepción más integral, donde la salud se entiende como condición necesaria para sostener el trabajo, los cuidados y la vida cotidiana.

“Con el tiempo te das cuenta de que si tú no estás bien, no puedes sostener nada más” (Grupo de discusión, Oviedo)



Diferencias de género en salud

Las mujeres identifican de forma clara diferencias de género en la vivencia de la salud, vinculadas principalmente a la sobrecarga de cuidados, la falta de tiempo propio y la responsabilidad constante hacia otras personas. La salud de las mujeres aparece atravesada por múltiples exigencias simultáneas, posponiendo el cuidado propio hasta que el cuerpo o la mente no pueden sostenerlo.



“Nosotras no tenemos tiempo para nosotras mismas. Todo el esfuerzo y el tiempo lo gasto para fuera, y cuando me doy cuenta, me encuentro enferma, cansada” (Grupo de discusión, Huelva)

De manera reiterada, se señala que los hombres disponen de más tiempo para el descanso, el ocio y la vida social. Esta desigual distribución del tiempo y de las responsabilidades impacta directamente en la salud física y emocional de las mujeres.

“El hombre tiene más tiempo libre, hace más deporte, más vida social. Ellos descansan más. Nosotras siempre estamos pensando en lo que falta por hacer.” (Grupo de discusión, Oviedo)



Diferencias de origen en salud.

Los discursos coinciden en que no puede afirmarse que las mujeres autóctonas tengan mejor salud que las mujeres migradas; sin embargo, el origen migrante sí condiciona de forma significativa las oportunidades de bienestar. La diferencia no se sitúa en las personas, sino en las condiciones materiales, relacionales y administrativas que atraviesan la experiencia migratoria.

Las mujeres migradas parten, especialmente en los primeros años, de mayor precariedad, ausencia de redes cercanas y desconocimiento del sistema sanitario, lo que incrementa el estrés y dificulta el acceso a cuidados y apoyos.



“No es que estemos peor por venir de fuera, es que aquí no tienes a quién recurrir cuando estás mal, no hay familia, ni nadie que te acompañe” (Grupo de discusión, Oviedo)

En comparación, señalan que las mujeres autóctonas suelen contar con redes familiares y sociales más consolidadas, mayor conocimiento del sistema sanitario y menos barreras administrativas. No obstante, algunas mujeres cuestionan una visión simplista de esta comparación y apuntan que tener la familia cerca no garantiza mayor bienestar.

“Con el tiempo te das cuenta de que si tú no estás bien, no puedes sostener nada más” (Grupo de discusión, Oviedo)



Diferencias de género en salud

Las mujeres identifican de forma clara diferencias de género en la vivencia de la salud, vinculadas principalmente a la sobrecarga de cuidados, la falta de tiempo propio y la responsabilidad constante hacia otras personas. La salud de las mujeres aparece atravesada por múltiples exigencias simultáneas, posponiendo el cuidado propio hasta que el cuerpo o la mente no pueden sostenerlo.



“Cuando tienes a la familia cerca, muchas veces eres la que sostiene a todo el mundo, y eso también te pasa factura” (Grupo de discusión, Málaga)

Los discursos apuntan a que las mujeres autóctonas no tienen necesariamente mejor salud, pero sí parten de condiciones más favorables. El origen migrante actúa como un determinante social de la salud, no por el hecho de migrar en sí, sino por las desigualdades estructurales que atraviesan el proceso migratorio y condicionan el acceso al bienestar.

***“El acceso a la salud debe ser un derecho universal y como tal no deberían existir trabas. Para mí como migrante es un tema de accesibilidad.”
(Grupo de discusión, Madrid - Afrocolectiva)***



En resumen

- Las concepciones de la salud evidencian un desplazamiento del enfoque biomédico hacia una comprensión más integral, articulando de manera inseparable las dimensiones física y emocional, y ampliándose hacia factores relacionales, económicos y espirituales vinculados a las condiciones de vida
- La salud se configura como un recurso instrumental para la sostenibilidad vital, más que como un fin en sí mismo, lo que explica su asociación con la capacidad de cumplir funciones productivas, reproductivas y relacionales.
- La jerarquización de las dimensiones de la salud responde a una lógica de supervivencia y autonomía, en la que la salud emocional, laboral y física adquieren centralidad por su papel directo en el sostenimiento de la vida.
- El peso otorgado a la salud emocional revela la existencia de un malestar estructural vinculado a procesos migratorios, sobrecarga de cuidados y ausencia de redes y derechos, que se normaliza y se gestiona de forma individual.
- La valoración funcional del cuerpo pone de manifiesto procesos de autoexigencia y normalización del desgaste, en los que el dolor y el cansancio se asumen como costes inevitables de la supervivencia cotidiana.
- La salud emerge como un fenómeno profundamente relacional, dependiente de la disponibilidad de apoyos, estabilidad económica y reconocimiento social, cuestionando enfoques individualizantes del bienestar.
- La salud espiritual opera como un mecanismo de afrontamiento, especialmente relevante en contextos de incertidumbre, y su función compensatoria señala vacíos en los sistemas formales de apoyo emocional y social.
- La menor centralidad otorgada a la salud sexual, reproductiva y menstrual no expresa desinterés, sino que revela desigualdades estructurales, así como la priorización forzada de otras urgencias vitales.
- La autopercepción de la salud se construye a partir de umbrales de tolerancia al malestar, donde “estar bien” equivale a no colapsar, más que a experimentar bienestar pleno.
- La fragilidad concentrada en las dimensiones emocional, laboral y económica confirma que el malestar es acumulativo y sostenido socialmente.
- La experiencia migratoria actúa como un factor de riesgo inicial para la salud, especialmente la emocional, y la principal causa es la desigualdad de acceso a información y recursos y todas las barreras administrativas.
- Las diferencias de género y de origen no remiten a características individuales, sino a desigualdades estructurales en la distribución del tiempo, los cuidados, los recursos y el acceso a derechos, confirmando que el origen migrante y el género operan como determinantes sociales clave de la salud.

Salud pública y relación con el sistema sanitario

Aquí se recogen las percepciones y experiencias de las mujeres migradas en su relación con el sistema sanitario público en España. A partir de sus relatos, se analizan, por un lado, las opiniones generales sobre el sistema de salud y las posibilidades de acceso y, por otro, las experiencias concretas vividas en la atención sanitaria, incluyendo situaciones de trato desigual o discriminatorio.

Opiniones sobre el sistema sanitario público en España

De forma general, las mujeres expresan una valoración ambivalente del sistema sanitario público en España. Por un lado, muchas participantes valoran positivamente la existencia de un sistema público y universal, y destacan la posibilidad de acceder a atención médica, pruebas y seguimiento de forma gratuita. Esta percepción se asocia a una comparación con los países de origen, donde la atención sanitaria dependía del nivel económico.

“Aquí, aunque tengas pocos recursos, sabes que hay un centro de salud y un hospital al que puedes ir, porque en muchos países si no tienes dinero no te atienden” (Grupo de discusión, Oviedo)



Por otro lado, esta valoración positiva convive con una percepción de desigualdad en el acceso real, especialmente en situación administrativa irregular. El sistema se vive como complejo, poco accesible y difícil de comprender, lo que genera sensación de inseguridad y desprotección.



“El sistema está ahí, pero no es fácil entender cómo funciona ni a dónde tienes que ir.” (Grupo de discusión, Valladolid)

Las mujeres señalan de forma reiterada las deficiencias del sistema sanitario en prevención y en los tiempos de derivación, especialmente en Madrid. Las largas esperas para acceder a atención especializada dificultan la detección temprana y favorecen la cronificación del malestar, reforzando una atención centrada en la urgencia más que en la prevención.

“Pides cita y te dicen que para el especialista son meses y meses, y al final cuando te atienden ya estás mucho peor.” (Grupo de discusión, Madrid - La Parcería)



Varias mujeres señalan que el acceso al sistema sanitario público no se percibe únicamente como una cuestión de derechos, sino también como una experiencia marcada por el trato recibido y por la sensación de ser o no reconocidas como usuarias legítimas del sistema. Esta percepción influye directamente en la disposición a acudir a los servicios de salud.



“A veces sientes que tienes que justificar por qué estás allí, como si no fuera también para ti” (Grupo de discusión, Madrid -Afrocolectiva)

Experiencias en la atención sanitaria

Las experiencias de atención sanitaria son percibidas como desiguales y dependen en gran medida del trato del profesional, del tiempo dedicado en consulta y de su capacidad para comprender y acompañar las situaciones de salud.

Una queja recurrente es la sensación de no ser escuchadas, de recibir respuestas rápidas o tratamientos estandarizados sin una exploración adecuada del problema. Las mujeres relatan consultas breves, con escaso tiempo para explicar lo que les ocurre, lo que genera frustración y desconfianza al no sentirse atendidas de manera integral.

“Yo creo que el sistema funciona, pero muchas veces no te escuchan. Esperas meses para que te atiendan y luego te ven cinco minutos.”

(Colombia, 41 años)



Estas vivencias se intensifican cuando las mujeres perciben un trato despersonalizado, que algunas interpretan como una falta de empatía y otras como consecuencia de la saturación del sistema sanitario. En cualquier caso, estas experiencias inciden en la confianza hacia el sistema y en la disposición a acudir a los servicios de salud de forma autónoma.



“A veces da miedo de confrontar y que sea peor para ti. Porque al fin y al cabo ahí están con el poder de tratarte bien o no, de derivarte o no, ¿sabes? Y eso sí te da un poco de miedo”.***(Grupo de discusión, Madrid - Afrocolectiva)***

De forma significativa, las mujeres racializadas relatan experiencias de trato deslegitimador o discriminatorio en la atención sanitaria que asocian directamente a su origen, a sus rasgos físicos o a su situación administrativa. Estas vivencias generan una huella emocional profunda y aumentan el miedo y la inseguridad a la hora de acudir solas a los servicios de salud.

“Fui por unas ampollas que me salieron en la piel. Ese día sentí un trato diferente. La médica no me miraba, solo me preguntaba qué tenía y me dijo que no sabía tratar mi tipo de piel.”***(Angola, 25 años)***



La situación administrativa condiciona de forma directa la relación con el sistema sanitario, generando miedo, retrasos en la atención y evitación de los servicios. La inseguridad sobre los derechos de acceso actúa como una barrera que fragiliza el cuidado y desplaza la atención hacia situaciones de urgencia.



“No iba al médico porque no sabía si podía ir o si me iban a pedir papeles; al final solo vas cuando ya no puedes más.”***(Grupo de discusión, Oviedo)***

Los relatos muestran que, aunque el sistema sanitario público en España es valorado como un recurso esencial y necesario, la experiencia de atención no es homogénea ni neutral. El trato recibido, la escucha y el reconocimiento como sujetas de derecho emergen como factores determinantes en la vivencia de la salud y en la relación futura con el sistema sanitario.

En resumen

- El sistema sanitario público es valorado como un recurso esencial y uno de los principales aspectos positivos del país por su carácter universal.
- No obstante, su acceso efectivo no se experimenta como igualitario ni plenamente accesible para las mujeres migradas.
- El uso del sistema sanitario se experimenta como un proceso complejo, atravesado por barreras administrativas, falta de información y desigualdad en el reconocimiento como sujetas de derecho.
- Los tiempos de espera y las dificultades en las derivaciones refuerzan una atención centrada en la urgencia, debilitando la prevención y el seguimiento continuado.
- La calidad de la atención depende en gran medida del trato profesional, la escucha y el tiempo disponible en consulta, generando una experiencia sanitaria desigual en función del o de la profesional sanitaria.
- Algunas mujeres relatan experiencias de trato deslegitimador o discriminatorio que generan inseguridad y evitan el uso autónomo de los servicios de salud.
- El miedo a ser cuestionadas o a recibir un peor trato limita la asistencia autónoma a los servicios de salud, especialmente en contextos de barreras lingüísticas, incrementando la dependencia de terceras personas.
- La situación administrativa actúa como un determinante estructural de la salud, condicionando el acceso, el momento de la atención y la relación con el sistema sanitario.

Salud física

La salud física ocupa un lugar central en el bienestar de las mujeres participantes del programa MARIS. Es una de las dimensiones a las que se atribuye mayor importancia, junto con la salud emocional y social. Sin embargo, esta centralidad convive con una autopercepción distorsionada del estado físico, lo que evidencia una brecha entre la relevancia otorgada y las posibilidades reales de atender el cuerpo en la vida cotidiana.

Qué entienden las mujeres por la salud física

La salud física se concibe de forma instrumental, no tanto como ausencia de enfermedad, sino como la capacidad corporal de sostener el trabajo, los cuidados y las responsabilidades diarias. El cuerpo aparece como un recurso imprescindible para la supervivencia cotidiana.

“Para mí la salud física es poder levantarme y hacer mi día normal, moverme y trabajar sin dolor.” (Colombia, 40 años)



En el plano discursivo, la salud física aparece como una concepción límite del cuerpo, en la que “estar bien” se reduce a disponer de fuerzas suficientes para afrontar las exigencias diarias. Esta mirada sitúa el cuerpo como un soporte material que permite “tirar adelante” en contextos de exigencia constante, incluso a costa de normalizar el cansancio, el dolor o el desgaste, siempre que no impidan seguir funcionando.



“Siempre estás cansada, pero te acostumbras. Mientras el cuerpo aguante, sigues.” (Grupo de discusión, Huelva)

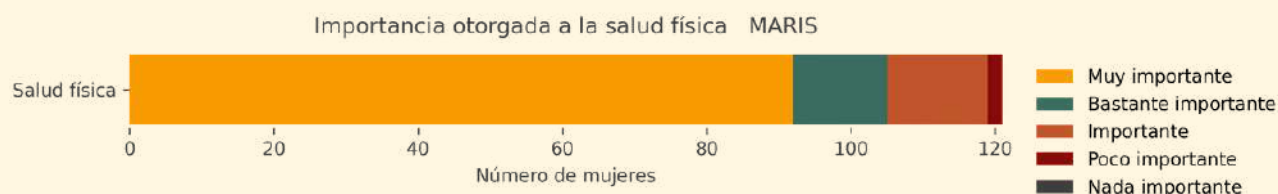
La alta valoración de la salud física, no siempre se traduce en prácticas regulares de autocuidado. El cuidado del cuerpo queda a menudo subordinado a otras prioridades como el trabajo o los cuidados ajenos; y se activa principalmente de forma reactiva. Desde esta lógica, la salud física puede quedar invisibilizada mientras el cuerpo siga respondiendo.

“Yo al médico no voy si no es necesario. Mientras puedo seguir, sigo. Solo voy cuando ya no puedo más.” (Grupo de discusión, Valladolid)



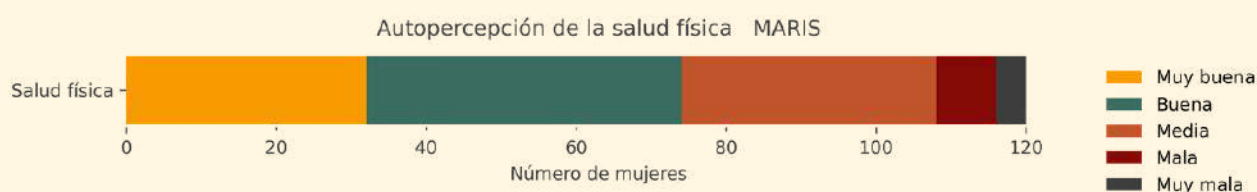
Qué importancia le otorgan a la salud física

La gráfica muestra que la salud física se sitúa entre las dimensiones con mayor importancia atribuida por las mujeres participantes: el 86 % de las mujeres le asigna una alta relevancia. En contraste, las valoraciones de baja importancia son prácticamente inexistentes, con solo un 1 % que la considera poco importante. Esta valoración elevada refleja que el cuerpo se entiende como una base imprescindible para sostener la vida cotidiana, en estrecha relación con otras dimensiones centrales como la salud emocional, familiar y social.



Estado de la salud física autopercebido

En relación con otras dimensiones de la salud integral, la salud física ocupa una posición predominantemente positiva, con el 94% de las valoraciones favorables. En contraste, solo un 6% manifestó una percepción media o negativa de su salud física. Esta ubicación refleja una percepción del cuerpo en condiciones para realizar las tareas diarias.



Los relatos cualitativos ayudan a interpretar estos datos. El cuerpo como instrumento de trabajo, en que el cansancio y el dolor aparecen como experiencias extendidas pero normalizadas, integradas en la vida cotidiana sin reconocimiento de un problema de salud.

“Yo no diría que estoy bien del todo, pero puedo trabajar, puedo levantarme cada día y seguir. Mientras pueda hacer eso, digo que estoy bien.” (Grupo de discusión, Valladolid)



Con la edad, se observa un desplazamiento progresivo hacia valoraciones intermedias, asociado a la normalización del cansancio y del dolor.

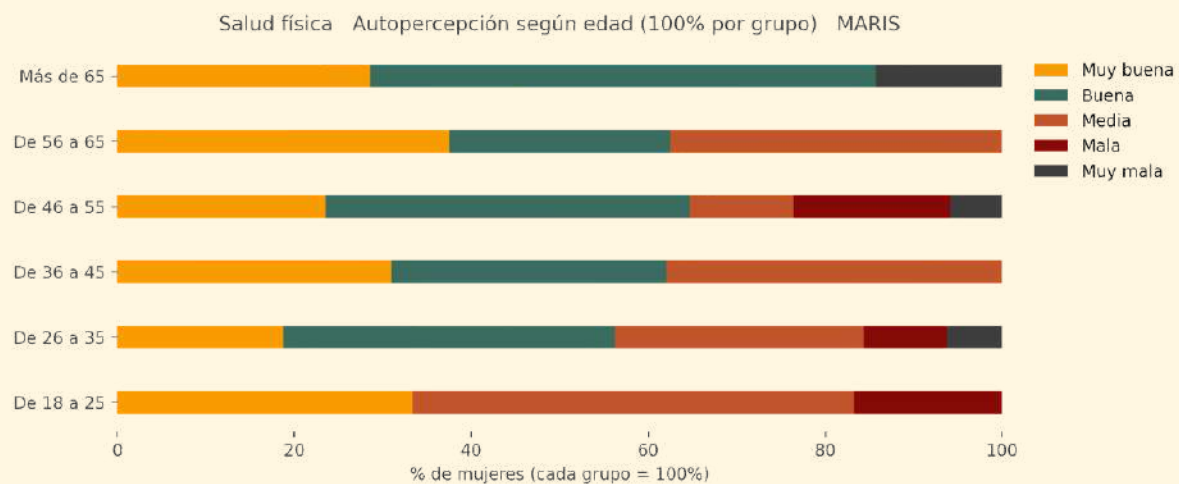


“Antes no sentía nada, solo hacía. Ahora que estoy más tranquila, me doy cuenta de lo mal que estaba.” (Grupo de discusión, Sevilla)

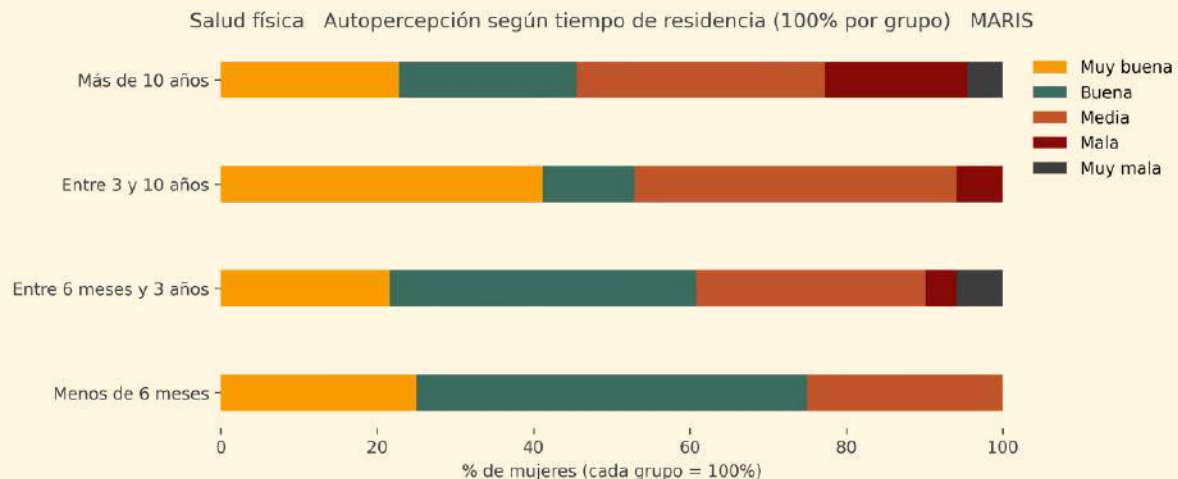
En este sentido, los resultados cuantitativos demuestran que la autopercepción de la salud física presenta variaciones **según el grupo etario**. Los grupos de 36 a 45 años y 56 a 65 años concentran mayores porcentajes de percepción positiva, respectivamente 70% y 60%, mientras que el grupo de 46 a 55 años, aunque tiene una valoración positiva del 65%, muestra una mayor presencia de percepciones negativas del 23%. En el grupo de más de 65 años, aunque predomina la percepción buena del 85%, se observa el mayor porcentaje de autopercepción muy mala del 15%.

En el grupo de 18 a 25 años, la percepción de la salud física se concentra en la categoría media (50%), seguida de muy buena (35%). Lo mismo pasa con las mujeres de 26 a 35 años con un 60% de valoración positiva. Sin embargo, un 40% presenta percepciones intermedias o negativas (media, mala y muy mala), lo que indica una mayor heterogeneidad.

Estos resultados sugieren que la autopercepción de la salud física no sigue una lógica lineal de deterioro con la edad, sino que está mediada por expectativas, adaptación corporal y condiciones de vida en cada etapa del ciclo vital.



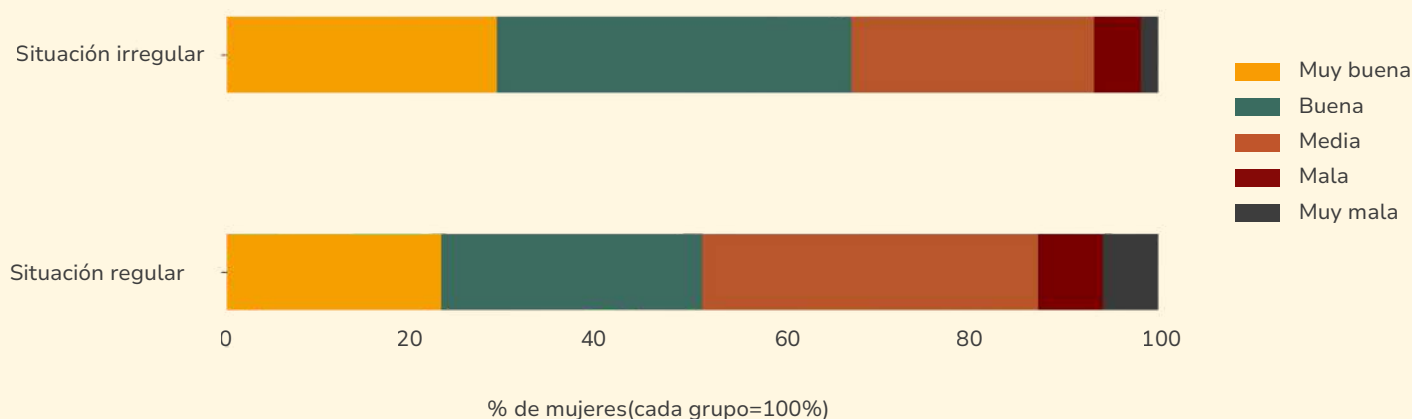
El **tiempo de residencia** refuerza este patrón. Lejos de mejorar con el asentamiento, las mujeres con más años en España concentran mayores niveles de desgaste físico acumulado tras años de trabajos exigentes y sobrecarga de cuidados. En el grupo de menos de 6 meses de residencia, se observa una percepción ampliamente positiva de la salud física, ya que el 75% la califica como buena o muy buena, y el 25% con una ausencia de autopercepción mala de la salud física. Las participantes entre 6 meses y 3 años de residencia mantienen una tendencia mayoritariamente favorable (60% de percepciones positivas), aunque aparecen valoraciones negativas (10% mala y muy mala). En el grupo de entre 3 y 10 años de residencia, se observa una distribución más equilibrada entre percepciones positivas (52%) y percepciones intermedias o negativas (48%). El aumento de la categoría media (38%) y la presencia de percepciones negativas (10%) sugieren una posible acumulación de factores de desgaste físico y psicosocial. Finalmente, las mujeres con más de 10 años de residencia presentan el perfil menos favorable, con solo un 45 % de percepciones positivas y un 25 % de percepciones negativas. Este grupo concentra el mayor porcentaje de valoraciones malas y muy malas, lo que podría relacionarse con procesos de envejecimiento y desgaste acumulado. El aumento del tiempo de residencia no se traduce en una mejora de la salud física, sino en un mayor desgaste acumulado, evidenciando el impacto prolongado de la precariedad laboral y la sobrecarga de cuidados a lo largo del proceso migratorio.



En cuanto a la situación administrativa, las mujeres en situación irregular presentan una percepción globalmente más favorable de su salud física, ya que el 67% la califica como muy buena o buena. Asimismo, las percepciones negativas son mínimas en este grupo, con solo un 6% distribuido entre las categorías mala y muy mala. Este patrón podría estar relacionado con un efecto de selección, en el que las mujeres con mejores condiciones físicas y más jóvenes son más propensas a afrontar procesos migratorios o que las situaciones de mayor vulnerabilidad producen una percepción más instrumental de la salud física.

Por el contrario, las mujeres en situación regular muestran una distribución más equilibrada entre percepciones positivas (52%) e intermedias (35%), así como un mayor porcentaje de percepciones negativas (12%). Este resultado podría reflejar una mayor conciencia de los problemas de salud, derivada de un mejor acceso a servicios sanitarios, mayor estabilidad residencial y un uso más frecuente de recursos de atención médica, lo que favorece una autoevaluación más crítica del estado físico.

Salud física - Autopercepción según situación administrativa(100% por grupo) - MARIS



El análisis por variables contextuales muestra que la autopercepción de la salud física está más relacionada con las trayectorias migratorias y laborales que con el envejecimiento biológico en sí mismo.

Vivencias y experiencias en torno a la salud física

Las vivencias cotidianas en torno a la salud física muestran una relación intensa y ambivalente con el cuerpo, el cual se experimenta como un espacio donde se acumulan las consecuencias del trabajo, el estrés y los cambios de vida, más que como un ámbito prioritario de cuidado.

La migración conlleva transformaciones significativas en los hábitos alimentarios. Muchas mujeres relatan cambios en horarios, tipos de comida y ritmos de alimentación, condicionados por las jornadas laborales, la falta de tiempo y las limitaciones económicas; lo que impacta en la digestión, la energía y el bienestar físico general.

“Aquí comes a otras horas y peor, y el cuerpo lo nota.”
(Grupo de discusión, Valladolid)



Estos cambios se relacionan también con la percepción del propio cuerpo y la imagen corporal. Varias mujeres expresan malestar por el aumento de peso o por cambios físicos tras la migración, vividos con incomodidad y pérdida de autoestima.

“No es solo que engordes, es que te sientes distinta, como si tu cuerpo ya no fuera el mismo.” (Grupo de discusión, Oviedo)



El descanso aparece como uno de los ámbitos más deteriorados de la salud física. Dormir no siempre implica descansar: el cansancio se cronifica y se normaliza, especialmente en situaciones de estrés cuando se acumulan preocupaciones laborales y familiares; lo que intensifica dolores, fatiga y sensación de desgaste corporal.



“Aquí mi cuerpo cambió mucho. Antes no me sentía así de pesada ni tan cansada todo el tiempo”. (Grupo de discusión, Huelva)

La actividad física se vincula principalmente al trabajo y a las tareas cotidianas, y no a prácticas de ejercicio orientadas al cuidado. El ejercicio como autocuidado aparece de forma puntual e intermitente, condicionado por el tiempo disponible, el cansancio y los recursos económicos.

“Hacer deporte cuesta dinero y tiempo, y ahora mismo ninguna de las dos cosas me sobran.” (Grupo de discusión, Madrid – La Parcería)



El autoconocimiento corporal suele desarrollarse de manera tardía y reactiva cuando el cuerpo empieza a “pasar factura”, más que como resultado de una cultura preventiva del cuidado. Varias mujeres señalan que han aprendido a escuchar su cuerpo tras episodios de dolor, agotamiento o enfermedad, incorporando señales de alerta que antes eran ignoradas.



“Antes no escuchaba mi cuerpo, ahora cuando duele sé que tengo que parar.” (Grupo de discusión, Oviedo)

Ante las dificultades de acceso a cuidados formales, muchas mujeres recurren a saberes corporales aprendidos en sus contextos de origen. El uso de plantas medicinales, infusiones, masajes o remedios caseros aparece como una forma de cuidado, transmitida de forma intergeneracional y utilizada de manera complementaria al sistema sanitario.

“Cuando me duele algo, primero intento con lo que sé desde siempre: infusiones, plantas, masajes. Eso es lo que me enseñaron en mi casa. Si ya no se me pasa, entonces voy al médico.” (Grupo de discusión, Sevilla)



Finalmente, la salud física aparece profundamente condicionada por las condiciones laborales. En contextos como el empleo doméstico, especialmente en régimen de internas, o el trabajo agrícola, el cuerpo deja de ser un ámbito de decisión personal y se convierte en un recurso al servicio del trabajo; esto limita severamente las posibilidades de cuidado.

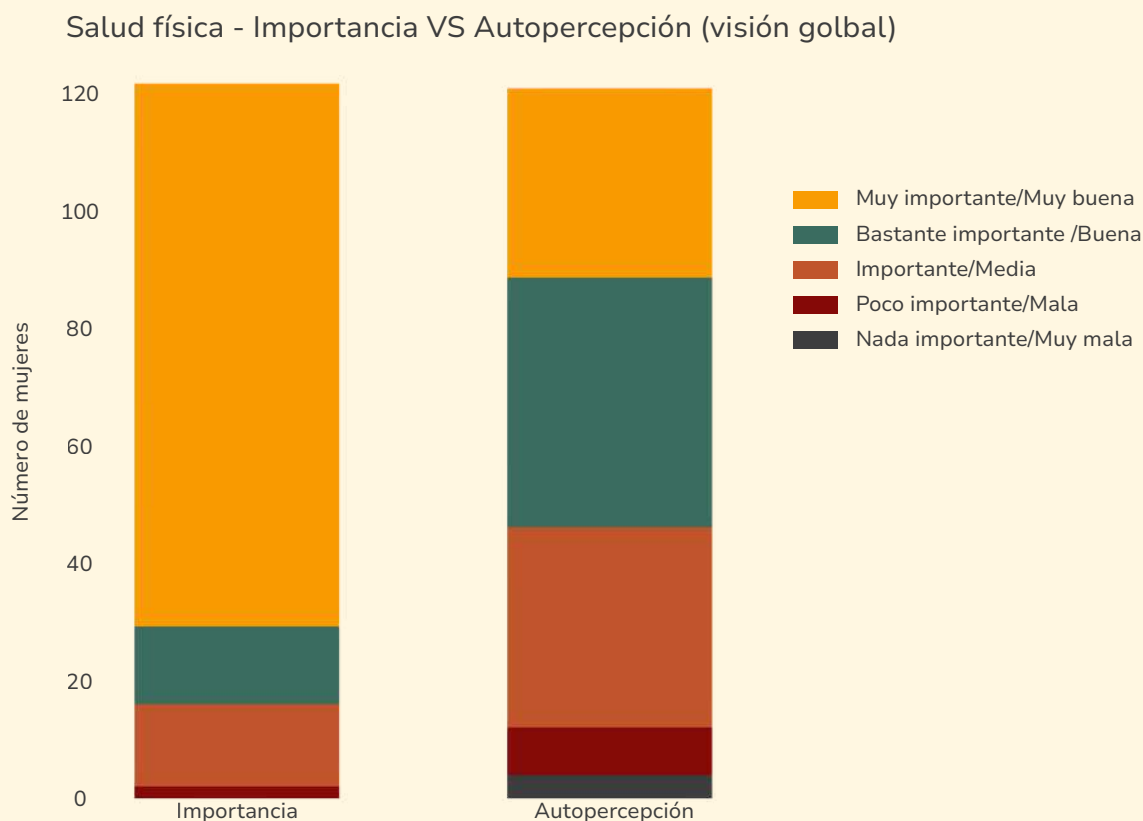
“El estrés del trabajo a otro trabajo... no miras si has comido o no has comido, pero hay que dejar las cosas limpias.” (Grupo de discusión, Oviedo)



Las experiencias reflejan un cuerpo sometido a exigencias continuas, donde la salud física se vive más desde la resistencia y el aguante que desde el descanso, la prevención o el bienestar sostenido.

Lectura interpretativa del eje de salud física

La salud física de las mujeres migradas se caracteriza por una fuerte tensión entre su alta importancia simbólica y las limitadas posibilidades de cuidado. El cuerpo se concibe como una herramienta funcional para sostener el trabajo y los cuidados, lo que favorece una lógica de aguante y resistencia.



Esta mirada funcional normaliza el cansancio y el dolor, elevando el umbral a partir del cual el malestar se reconoce como un problema de salud. El autocuidado físico se activa de forma mayoritariamente reactiva y no preventiva. La migración, la precariedad laboral y la sobrecarga se acumulan en el cuerpo, generando un desgaste progresivo más visible con el tiempo y con una mayor estabilidad vital.

El análisis muestra que la salud física no puede entenderse de forma aislada de la salud emocional. El cuerpo aparece como el principal espacio donde se somatiza el estrés migratorio, la preocupación constante y la sobrecarga de responsabilidades. El insomnio, el cansancio persistente, los dolores musculares o los cambios en la alimentación funcionan como expresiones corporales de un malestar emocional sostenido, reforzando la necesidad de abordajes integrales que no fragmenten el cuidado entre cuerpo y mente.

En resumen

- La salud física ocupa un lugar central en la concepción del bienestar de las mujeres migradas, al entenderse como la base que permite sostener el trabajo, los cuidados y la vida cotidiana.
- Existe una brecha estructural entre la alta importancia atribuida a la salud física y las limitadas posibilidades reales de cuidarla, condicionadas por la precariedad laboral, la sobrecarga de responsabilidades y el proceso migratorio.
- La salud física se concibe de forma predominantemente funcional: “estar bien” equivale a poder levantarse, moverse y rendir, más que a la ausencia de dolor o a un bienestar pleno.
- Esta lógica favorece la normalización del cansancio y del dolor, elevando el umbral a partir del cual el malestar se reconoce como un problema de salud y activando el cuidado de forma reactiva y no preventiva.
- La autopercepción de la salud física está más relacionada con las trayectorias migratorias, laborales y de cuidados que con el envejecimiento biológico, evidenciando procesos de desgaste acumulado.
- El tiempo de residencia no actúa como factor protector de la salud física; por el contrario, se asocia a un mayor deterioro corporal tras años de trabajos exigentes y sobrecarga sostenida.
- Las diferencias según situación administrativa no reflejan mejor o peor salud, sino distintas formas de percibir, priorizar y nombrar el malestar, vinculadas a la edad, la estabilidad vital y el acceso a recursos.
- La estabilidad vital y administrativa favorece una mayor conciencia corporal y reconocimiento del malestar físico, mientras que en contextos de alta vulnerabilidad la salud física queda subordinada a la supervivencia y se invisibiliza mientras el cuerpo responde.
- Las vivencias cotidianas muestran que el descanso, la alimentación y la actividad física están profundamente condicionados por los ritmos laborales y las condiciones de vida, reforzando el cansancio crónico.
- La salud física aparece estrechamente interrelacionada con la salud emocional, funcionando el cuerpo como espacio de acumulación del estrés migratorio, lo que evidencia la necesidad de abordajes integrales que superen el enfoque biomédico e individual del autocuidado.

Salud menstrual, sexual y reproductiva

La salud reproductiva, menstrual y sexual atraviesan de forma directa el cuerpo, la autonomía, la capacidad de decisión y la relación con el sistema sanitario, y se vinculan estrechamente con el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. El análisis conjunto de los datos cuantitativos y cualitativos muestra que persisten tensiones entre su valoración simbólica y las condiciones reales para su cuidado.

Qué se entiende por salud menstrual, sexual y reproductiva

En relación con la **salud reproductiva**, las mujeres la definen principalmente en términos de capacidad de decisión, acceso a métodos anticonceptivos y acompañamiento sanitario en momentos clave del ciclo vital, como el embarazo o en ITS. Se trata de una dimensión estrechamente ligada a la relación con el sistema sanitario y a la posibilidad de recibir información y apoyo. Su importancia tiende a activarse de forma puntual, y no como un cuidado sostenido en el tiempo; se vive más desde la prevención que desde el bienestar.

“Salud reproductiva es asegurarte de no meterte en situaciones de riesgo.” (Brasil, 41 años)



La **salud menstrual** aparece vinculada al conocimiento del propio cuerpo, la gestión del dolor y la identificación de los cambios físicos y emocionales asociados al ciclo. En los relatos se observa una convivencia entre mujeres que han desarrollado estrategias de autoconocimiento y otras que han normalizado el malestar menstrual como parte inevitable de la vida. Esta naturalización del dolor contribuye a que la salud menstrual se perciba como un asunto secundario, que sólo adquiere visibilidad cuando el dolor es incapacitante.



“Conocer tu ciclo te ayuda a entender lo que te pasa y a no pensar que estás mal.” (Argentina, 41 años)

En cuanto a la salud sexual, las definiciones son diversas y ambivalentes, y revelan una comprensión fuertemente condicionada por la educación recibida, los roles de género y los discursos dominantes sobre el cuerpo y el riesgo. Muchas mujeres la asocian principalmente a la prevención de infecciones y al uso de protección, mientras que otras incorporan dimensiones como el consentimiento, la comunicación, el disfrute y el derecho al placer. Sin embargo, incluso cuando estas dimensiones aparecen nombradas, no siempre se traducen en prácticas de autocuidado, y la sexualidad se construye con frecuencia desde el silencio, el tabú y el desconocimiento del propio cuerpo y del propio deseo.

“Nunca nadie nos ha explicado que el placer también es parte de la salud.” (Chile, 52 años)



Lectura interpretativa del eje de salud física

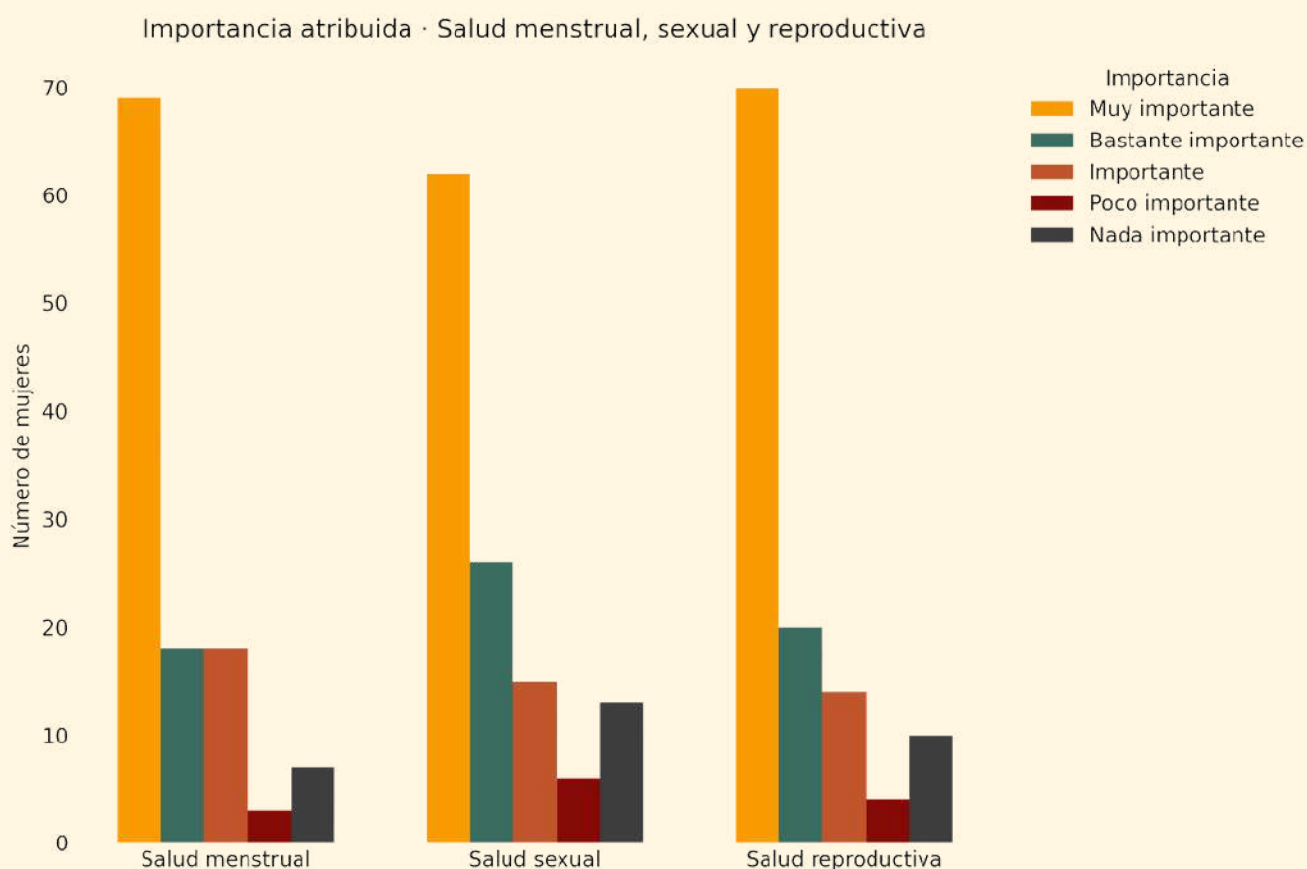
Como vimos al inicio, los datos cuantitativos muestran que la salud reproductiva, menstrual y sexual se sitúa entre las dimensiones de la salud a las que las mujeres participantes conceden menor importancia relativa, en comparación con otras áreas como la salud física, emocional o social. Esta menor valoración no implica necesariamente desinterés, sino que apunta a procesos de invisibilización o postergación en la vida cotidiana.

Al observar la gráfica comparativa de importancia, se aprecia que las tres dimensiones presentan un patrón similar: en relación con la salud menstrual, el 92% de las mujeres otorga un nivel alto de relevancia. Las categorías de menor importancia presentan porcentajes reducidos, con un 3% que la considera poco y un 6% nada importante.

Respecto a la salud sexual, se observa una mayor dispersión en las respuestas. El 72% de las participantes la valoró como muy importante y bastante importante. Sin embargo, un 12% la calificó como importante, mientras que un 16% expresó percepciones de baja importancia (poco o nada importante).

En cuanto a la salud reproductiva, el 76% de las mujeres le atribuyó alta valoración.

Asimismo, un 12% la calificó como importante, mientras que un 12% manifestó percepciones de baja importancia, distribuidas entre las categorías poco importante (3%) y nada importante (9%).



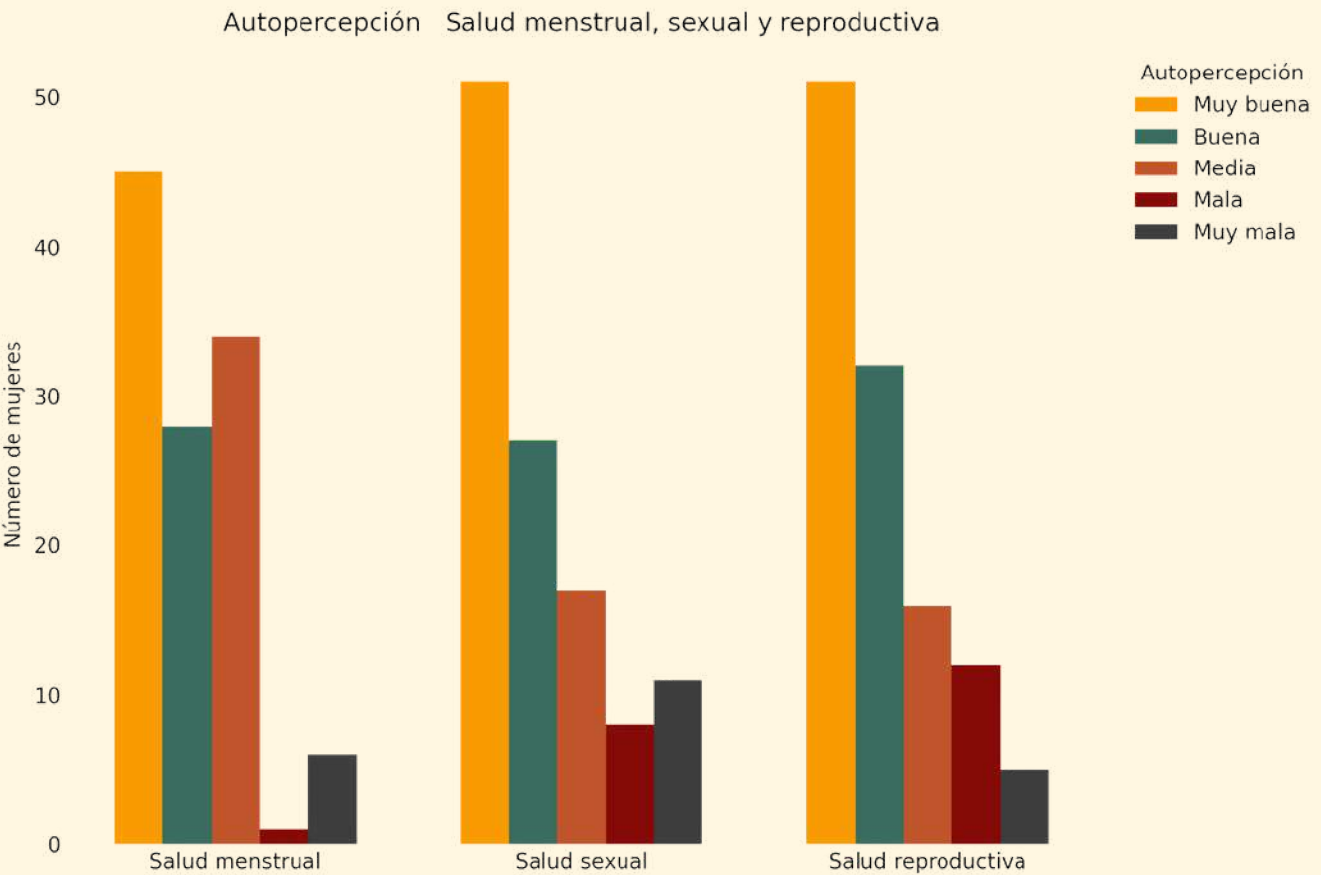
Esta distribución sugiere que la salud reproductiva, menstrual y sexual tiende a percibirse como un ámbito relevante pero no prioritario, que no siempre se coloca en el centro del autocuidado cotidiano. A diferencia de otras dimensiones más asociadas a la supervivencia inmediata, como la salud física o la estabilidad emocional, estas áreas suelen adquirir visibilidad principalmente en momentos concretos del ciclo vital, ante la aparición de malestar, riesgo o necesidad específica.

Estado de la salud reproductiva, menstrual y sexual autopercibido

Los datos cuantitativos muestran que la autopercepción de la salud reproductiva, menstrual y sexual se concentra mayoritariamente en valores intermedios, con una presencia relevante de valoraciones buenas pero también de regulares y malas. En comparación con otras dimensiones de la salud integral, estas áreas presentan mayor ambivalencia, reflejando experiencias desiguales y, en muchos casos, marcadas por el malestar no resuelto o la falta de acompañamiento continuado.

Esta distribución resulta coherente con la menor importancia relativa otorgada previamente a estas dimensiones: aquello que se percibe como secundario tiende también a cuidarse menos y a evaluarse peor, especialmente cuando el malestar se ha normalizado o se vive desde mandatos de género que impiden apropiarse de estas dimensiones.

La gráfica de autopercepción conjunta permite una primera lectura comparativa del estado de la salud reproductiva, menstrual y sexual. En términos generales, las tres dimensiones presentan valoraciones mayoritariamente intermedias, aunque con matices relevantes. La salud menstrual concentra una mayor presencia de malestar normalizado, reflejado en valoraciones regulares pese a la existencia de dolor o alteraciones recurrentes.



De manera comparativa, la dimensión que presenta mayor estabilidad positiva es la salud menstrual, mientras que la salud sexual muestra la mayor heterogeneidad y el mayor porcentaje de percepciones negativas. La salud reproductiva, aunque bien valorada, también evidencia una proporción significativa de mujeres que perciben limitaciones en este ámbito.

En la **salud menstrual**, se aprecia una distribución equilibrada entre percepciones positivas (64 % entre muy buena y buena) y percepciones intermedias (30% media), con una presencia mínima de valoraciones negativas (6%).

En el plano discursivo, la salud menstrual, la autopercepción se ve fuertemente condicionada por la normalización del dolor y del malestar cíclico. Muchas mujeres califican su salud menstrual como “regular” o “normal” pese a relatar dolores intensos, sangrados abundantes o alteraciones emocionales significativas, lo que indica un umbral elevado de tolerancia al sufrimiento. La falta de respuestas efectivas por parte del sistema sanitario y de una educación menstrual de calidad refuerzan esta percepción intermedia, donde el malestar se asume como parte inevitable.

“Yo digo que estoy bien, pero todos los meses hay uno o dos días que no puedo. Tengo cólicos terribles, incapacitantes, y me han dicho que no tengo nada.” (Colombia, 42 años)



Respecto a la **salud sexual**, aunque predominan las percepciones positivas (69% entre muy buena y buena), se observa un incremento de las valoraciones negativas (16%) en comparación con la salud menstrual.

En el contenido cualitativo también se evidencia una alta polarización. Conviven valoraciones positivas, asociadas a relaciones basadas en la comunicación y el consentimiento, con valoraciones bajas vinculadas a la falta de deseo, el silencio, el peso de los tabúes o experiencias de insatisfacción prolongada. En muchos casos, la salud sexual se evalúa únicamente desde la ausencia de infecciones, dejando fuera dimensiones como el placer o el bienestar emocional.



“He tenido una vida sexual, pero no sé si decir que ha sido satisfactoria.” (Argentina, 41 años)

En cuanto a la **salud reproductiva**, se mantiene una tendencia favorable (72% de percepciones positivas), aunque con una proporción relevante de percepciones negativas (14%).

En el plano discursivo, la salud reproductiva se percibe mayoritariamente desde una lógica de prevención y control médico, más que de bienestar. Aunque el seguimiento ginecológico, el control de ITS y el uso de anticonceptivos aparecen como indicadores de “estar bien”, los relatos muestran experiencias ambivalentes marcadas por efectos secundarios, medicalización sostenida y dificultades de acceso, que se agravan con las listas de espera, y la falta de información.

“Yo cada año me hago pruebas de transmisión sexual y la citología, eso sí que lo tengo claro.” (Colombia, 25 años)



La autopercepción de la salud reproductiva, menstrual y sexual refleja un bienestar frágil y desigual, atravesado por silencios, normalización del sufrimiento y barreras de acceso, en salud menstrual y reproductiva. Y que dialoga directamente con normas sociales, roles de género y tabúes que limitan los derechos sexuales de las mujeres.

Vivencias y experiencias en torno a la salud menstrual, sexual y reproductiva

Las vivencias en torno a la salud reproductiva, menstrual y sexual reflejan procesos de adaptación y aprendizaje atravesados por silencios, normalización del malestar y una lógica de aguante vinculada a la resistencia al dolor, así como por sentimientos de culpa asociados al placer. El cuidado se construye con frecuencia en soledad, ante la falta de acompañamiento, información y de educación menstrual y sexual.

Vivencias en torno a la salud menstrual

Las experiencias relacionadas con la salud menstrual están fuertemente marcadas por la normalización del dolor y del malestar que afectan de manera significativa a su vida cotidiana, pero que han aprendido a asumir como algo “normal”.

“Me tumba en la cama, pero como siempre ha sido así, lo asumes.”
(Grupo de discusión, Oviedo)



Más allá del dolor físico, las mujeres relatan efectos del ciclo menstrual sobre la salud emocional, evidenciando el impacto significativo de esta dimensión en el bienestar general.



“Cuando entendí que lo que me pasaba tenía que ver con las hormonas, muchas cosas empezaron a tener sentido.”
(Grupo de discusión, Valladolid)

De forma recurrente, las mujeres de mayor edad señalan la falta de información y acompañamiento en torno a los procesos de transición hormonal, como la perimenopausia y la menopausia, lo que genera vulnerabilidad y dificultades para comprender y gestionar los síntomas asociados.

“Hay un vacío total. Yo no sabía ni que existía la perimenopausia. Empiezan los cambios y no sabes qué te pasa. Los cambios emocionales y mentales asustan mucho y de eso no se habla nada. Te sientes un poco perdida.” ***(Colombia, 41 años)***



Vivencias en torno a la salud sexual

Las vivencias en torno a la salud sexual muestran una gran heterogeneidad y ambivalencia. En muchos relatos, la sexualidad aparece atravesada por silencios, tabúes y una educación centrada en el riesgo y la prevención, lo que limita la integración del placer y el bienestar en la experiencia sexual.

“Salud sexual para mí siempre ha sido no tener infecciones.”
(Senegal, 44 años)



De forma transversal, los relatos evidencian un conocimiento limitado del propio cuerpo y del propio deseo, vinculado a trayectorias de socialización sexual centradas en el riesgo y el silencio; y la educación machista centrada en la satisfacción ajena más que en el bienestar propio.



“Es mucho más fácil que disfruten ellos que nosotras. Si tú no sabes lo que te gusta, te lo aguantas.”
(Rumania, 20 años)

Algunas mujeres relatan procesos de cambio vinculados al autoconocimiento y a la posibilidad de nombrar deseos y límites, lo que mejora su percepción del bienestar sexual.

“Yo antes me preocupaba más por dar placer a la otra persona. Ahora me enfoco más en mí y disfrutamos más las dos personas.”
(Burkina Faso, 39 años)



Asimismo, en muchos relatos se observa una concepción de la salud sexual estrechamente vinculada a la existencia de una pareja, de modo que, en ausencia de relaciones sexuales compartidas, esta dimensión deja de reconocerse como un ámbito de autocuidado y bienestar propio.



“Para mí la salud sexual empieza cuando estás con otra persona”
(Brasil, 41 años)

En otras experiencias, especialmente en etapas de mayor cansancio, estrés o cambios hormonales, la salud sexual aparece relegada sin espacios claros para su cuidado.

“Ahora mismo estoy más en sobrevivir que en pensar en placer.”
(Grupo de discusión, Oviedo)



Vivencias en torno a la salud reproductiva

La salud reproductiva se vive principalmente en clave de control médico y prevención del riesgo. A menudo, marcada por tiempos de espera, falta de información clara y una sensación recurrente de atención parcial o insuficiente



“Si no vas tú a pedir algo, nadie te explica ni te prepara para lo que viene”
(Rusia–Bulgaria, 52 años)

Aunque muchas mujeres mantienen prácticas activas de prevención, estas no siempre se traducen en una vivencia positiva, sino que pueden estar atravesadas por efectos secundarios, dudas no resueltas o dificultades para encontrar métodos que se adapten a sus cuerpos y necesidades.



“Usé pastillas, inyecciones, el implante y llegó un momento que dije: no quiero seguir hormonándome”
(Colombia, 25 años)

En especial, los procesos de embarazo y posparto aparecen como experiencias ambivalentes: momentos de gran vulnerabilidad corporal y emocional en los que muchas mujeres sienten que no reciben el acompañamiento que necesitan.



“Después del parto yo sentía que el cuerpo no estaba bien, pero me decían que era normal” **(China, 39 años)**

En algunos relatos emerge también el choque cultural y la pérdida de prácticas comunitarias o saberes de origen relacionados con el embarazo, el parto o el posparto, vividos con nostalgia y sensación de desarraigo



“En mi país el posparto se cuida mucho, aquí te quedas sola.”
(Colombia, 41 años)

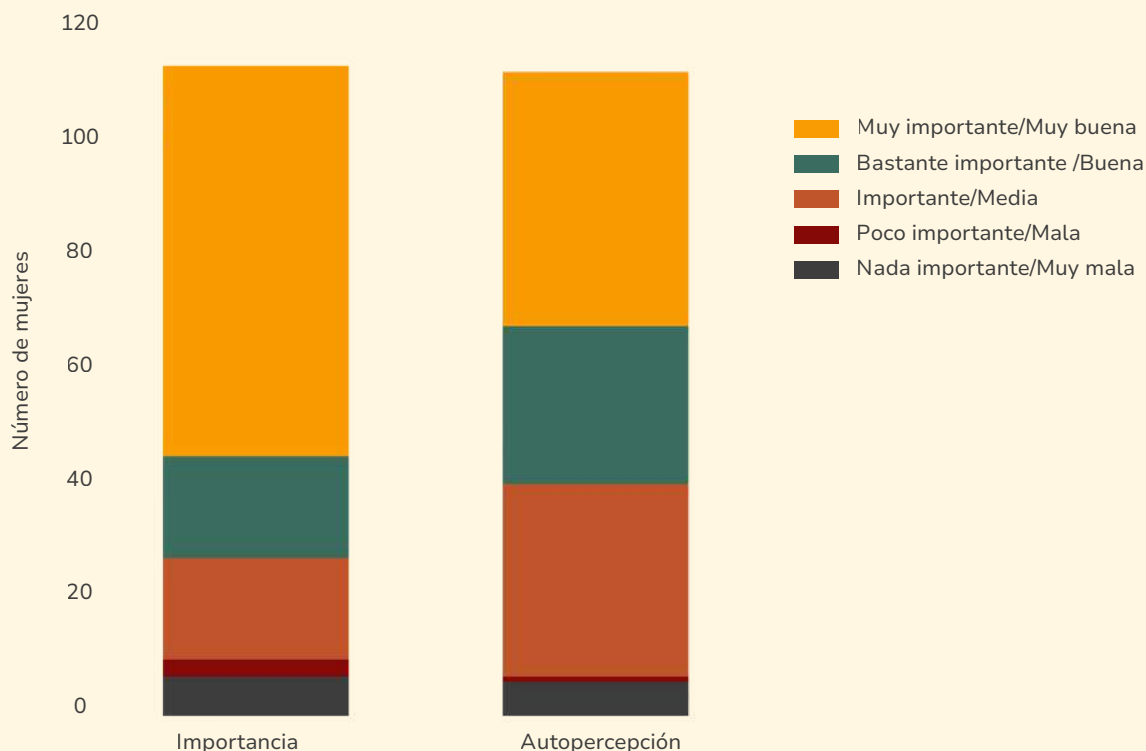
Lectura interpretativa del eje de salud menstrual, sexual y reproductiva

El análisis conjunto de la salud menstrual, sexual y reproductiva muestra un eje estructuralmente despriorizado, pese a su impacto central en el cuerpo, la autonomía y el ejercicio de derechos de las mujeres migradas. En comparación con otras dimensiones más vinculadas a la supervivencia inmediata, estas áreas ocupan una posición secundaria en la jerarquía del autocuidado, activándose de forma puntual y reactiva ante el dolor, el riesgo o momentos específicos del ciclo vital. Esta lógica se refleja en los datos cuantitativos, que evidencian una menor importancia relativa y una autopercepción concentrada en valores intermedios, y contribuye a que el cuidado se construya de manera fragmentada, individual y, en muchos casos, en soledad.

La lectura comparativa de las gráficas pone de manifiesto brechas específicas entre importancia y autopercepción en las tres dimensiones.

La gráfica de **salud menstrual** evidencia una brecha entre la importancia atribuida y la autopercepción del estado de salud. Aunque muchas mujeres consideran esta dimensión importante o muy importante, la autopercepción se concentra en valores intermedios, lo que señala la presencia de malestar persistente normalizado. Este desfase refleja un patrón de asunción del dolor y de las alteraciones cíclicas como parte esperable de la experiencia menstrual, elevando el umbral de tolerancia al sufrimiento y dificultando la identificación del malestar como un problema de salud que requiera atención y respuestas eficaces.

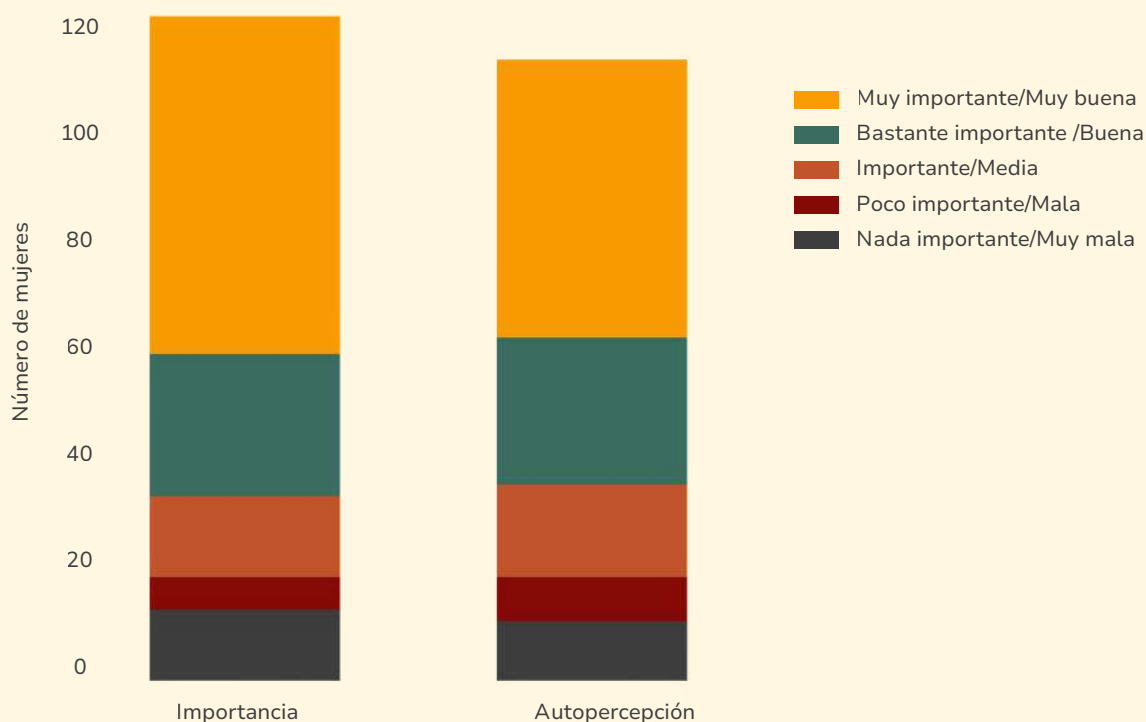
Salud menstrual - Importancia VS Autopercepción (visión global)



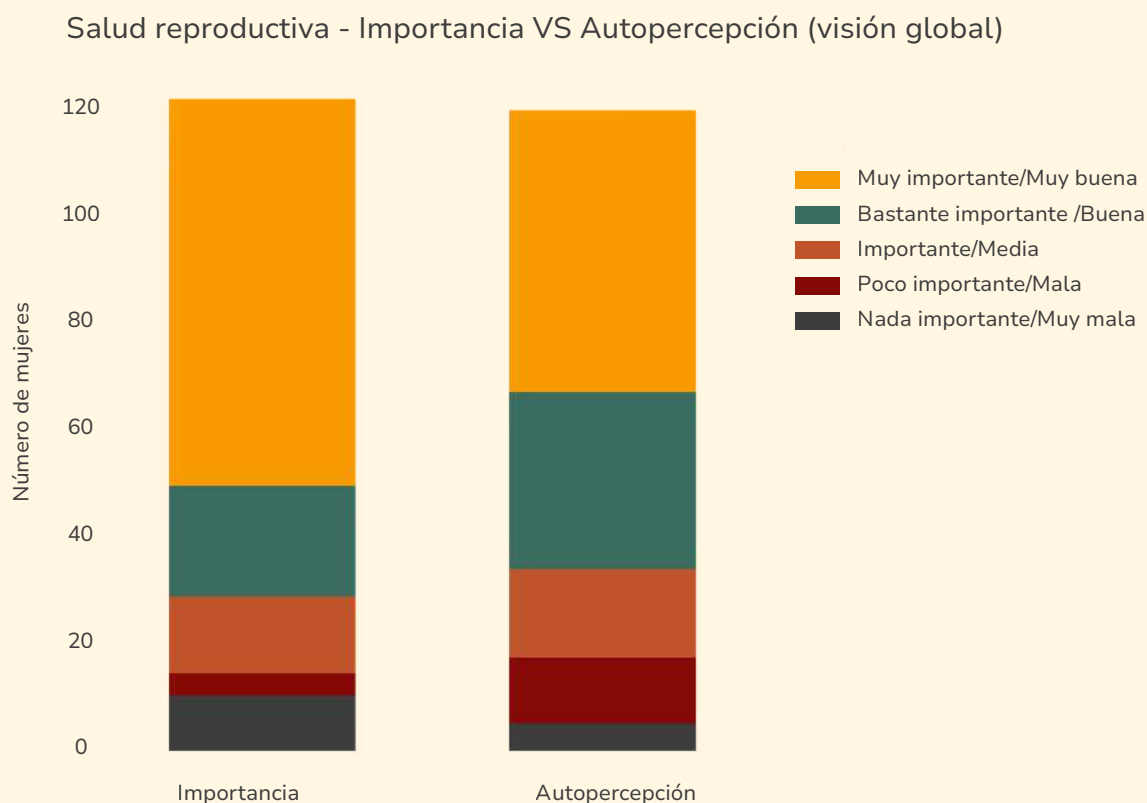
La **salud sexual** es la dimensión que presenta una mayor polarización. Aunque su importancia se sitúa mayoritariamente en niveles medios y altos, por debajo de la media; la autopercepción oscila entre valoraciones muy positivas y claramente negativas. Esta polarización refleja el peso de factores relacionales y culturales: mientras algunas mujeres vinculan el bienestar sexual a la comunicación, el consentimiento y el disfrute, otras lo evalúan negativamente debido a silencios, tabúes, desigualdades en el placer o a una concepción de la salud sexual reducida a la ausencia de infecciones.

Asimismo, la elevada proporción de respuestas no contestadas en la autopercepción de la salud sexual apunta a dificultades para situar esta dimensión fuera del marco de la relación de pareja, lo que sugiere que la sexualidad no siempre se reconoce como un ámbito de bienestar y autocuidado en ausencia de relaciones sexuales compartidas.

Salud sexual - Importancia VS Autopercepción (visión global)



En la **salud reproductiva**, la autopercepción es más heterogénea y dependiente del contexto vital. Pese a una valoración relativamente alta de su importancia, predominan respuestas intermedias, lo que indica un cuidado vivido de forma discontinua y reactiva, activado en momentos concretos como el uso de anticonceptivos, las pruebas de ITS o el embarazo y posparto. Esta distancia entre importancia y autopercepción se vincula a experiencias de atención fragmentada, efectos secundarios y dificultades de acceso, que debilitan la percepción de una salud reproductiva estable.



Todo ello pone de manifiesto que la salud menstrual, sexual y reproductiva no puede entenderse únicamente como una cuestión individual o de hábitos personales, sino como un ámbito atravesado por relaciones de poder, normas de género y desigualdades estructurales que condicionan qué cuerpos pueden sentir, disfrutar y ser cuidados.

La brecha entre su relevancia para la vida y su menor importancia relativa en los datos cuantitativos refleja una falta de condiciones materiales, simbólicas e institucionales para su cuidado efectivo. Abordar estas dimensiones desde una perspectiva de salud integral implica, por tanto, reconocerlas como espacios clave de derechos, bienestar y autonomía, y no únicamente como ámbitos de riesgo, sufrimiento o desigualdad normalizada.

En resumen

- La salud menstrual, sexual y reproductiva atraviesa de manera directa el bienestar, la autonomía corporal y el ejercicio de derechos de las mujeres migradas, pero queda relegada a una posición secundaria frente a otras dimensiones asociadas a la supervivencia cotidiana.
- La falta de educación en igualdad y en derechos sexuales y reproductivos, junto a las barreras de acceso, los déficits informativos y la normalización del malestar corporal, constituye un conjunto de factores de riesgo que limita el cuidado efectivo de la salud menstrual, sexual y reproductiva.
- La salud reproductiva se gestiona principalmente desde una lógica de vigilancia y prevención del riesgo, reforzando una relación instrumental con el sistema sanitario que limita su vivencia a funciones biológicas.
- En el ámbito menstrual, el dolor y las alteraciones físicas y emocionales tienden a integrarse en la normalidad cotidiana, lo que incrementa la tolerancia al sufrimiento y dificulta la identificación temprana de situaciones que requieren atención o cuidado específico.
- El acceso a información y el desarrollo de autoconocimiento corporal funcionan como factores protectores, permitiendo reinterpretar los cambios corporales, anticipar necesidades y mitigar el impacto emocional del malestar.
- La salud sexual muestra una experiencia especialmente desigual y polarizada atravesada por procesos de socialización sexual que priorizan el control, el silencio y la satisfacción ajena, y que dificultan la apropiación del placer y del bienestar como derechos propios.
- En contextos de cansancio, estrés sostenido, sobrecarga vital o transiciones hormonales, la sexualidad tiende a quedar desplazada del cuidado cotidiano, subordinada a otras urgencias y sin espacios claros para su atención.
- La falta de información y acompañamiento en etapas de transición hormonal, como la perimenopausia y la menopausia, sitúa a muchas mujeres en escenarios de vulnerabilidad, incertidumbre y dificultad para comprender los cambios físicos y emocionales que atraviesan.
- Las experiencias recogidas muestran que el cuidado en estas dimensiones se construye con frecuencia de forma individualizada y en soledad, como resultado de la falta de educación sexual y menstrual integral y de contextos culturales atravesados por tabúes que dificultan una vivencia informada y compartida del cuerpo y la sexualidad.
- En definitiva, la salud menstrual, sexual y reproductiva se configura como un ámbito profundamente atravesado por desigualdades de género, migratorias y socioeconómicas, que condicionan no solo el acceso a recursos, sino también la posibilidad de sentir, decidir, disfrutar y nombrar el propio malestar.

Salud emocional

La salud emocional está estrechamente vinculada a las trayectorias migratorias, a las condiciones de vida y a la capacidad de sostener el día a día en contextos de incertidumbre, precariedad y cambio. Aunque se reconoce como la más fundamental, el análisis de los datos cuantitativos y cualitativos muestra una gran fragilidad sobre las posibilidades reales de autocuidado, marcada por la normalización del malestar y la falta de apoyo.

Qué entienden las mujeres por la salud emocional

Las mujeres definen la salud emocional de forma amplia y relacional, vinculándola menos a la ausencia de malestar y más a la capacidad de sostenerse, regularse y continuar con la vida cotidiana. La salud emocional se asocia a poder mantener la calma, gestionar el estrés y las preocupaciones, aceptarse a una misma y no desbordarse emocionalmente ante las dificultades.

En muchos relatos, la salud emocional aparece ligada a la autoaceptación y al diálogo interno, entendida como la manera en que una se trata, se habla y se permite sentirse sin culpa. Entienden que cuidar la salud emocional implica aprender a reconocerse, poner límites y no exigirse más de lo que se puede sostener.

“La salud emocional es aceptarte tal y como eres. Es cómo te hablas a ti misma” (Angola, 25 años)



Al mismo tiempo, la salud emocional se define como un proceso profundamente condicionado por el contexto. La migración, la precariedad laboral, la sobrecarga de cuidados, el duelo migratorio o las experiencias de discriminación influyen de manera directa en el estado emocional.



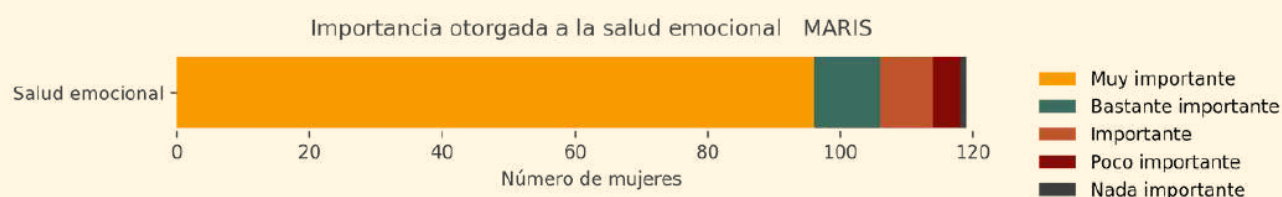
“Cuando estás en supervivencia no piensas en cómo estás, solo sigues. Aquí no te puedes permitir estar mal.”
(Grupo de discusión, Valladolid)

En este sentido, la salud emocional no se concibe como una responsabilidad exclusivamente individual, sino como una dimensión atravesada por las condiciones de vida, la red de apoyos y la posibilidad real de parar, hablar y pedir ayuda.

Qué importancia le otorgan a la salud emocional

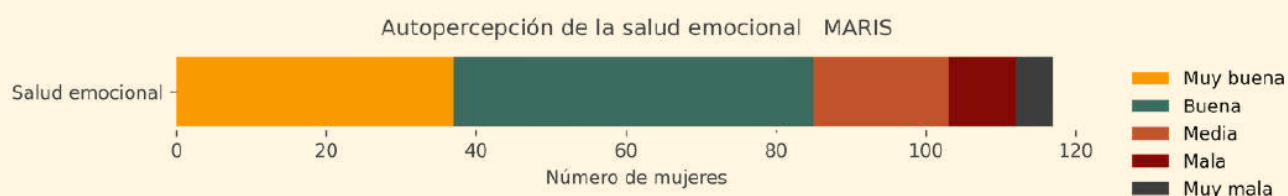
Los datos cuantitativos muestran que la salud emocional es la dimensión a la que las mujeres participantes conceden mayor importancia, por encima de otros tipos de salud. En la gráfica comparativa se observa una concentración especialmente elevada de respuestas en la categoría de muy importante (81%), lo que sitúa el bienestar emocional como el eje prioritario dentro de la salud integral. Seguido por un 7,6% que la califica como bastante importante y un 10,1 % como importante, lo que eleva al 98,4 % el porcentaje de mujeres que otorgan una valoración positiva a esta dimensión. Por el contrario, las categorías de menor importancia son prácticamente inexistentes, con apenas un 1,7 % que la considera poco importante y ninguna participante que la clasifique como nada importante.

Esta centralidad refleja la conciencia de que el equilibrio emocional es clave para sostener el trabajo, los cuidados, las relaciones y el propio proceso migratorio, actuando como una base transversal que condiciona el resto de dimensiones de la salud.



Estado de la salud emocional autopercibido

Los datos cuantitativos muestran que la autopercepción de la salud emocional se concentra mayoritariamente en valores intermedios, con una presencia relevante de valoraciones buenas (71%), pero también de respuestas regulares y malas (28%). En comparación con la alta importancia otorgada a esta dimensión, la autopercepción resulta más contenida, lo que evidencia una brecha entre el valor simbólico de la salud emocional y el bienestar emocional efectivamente experimentado.



Esta distribución refleja un estado emocional frágil y cambiante, marcado por el cansancio, la sobrecarga y la normalización del malestar. Los relatos cualitativos ayudan a interpretar esta posición intermedia: muchas mujeres no se perciben “mal”, pero tampoco “bien”, y describen una vivencia emocional sostenida desde el aguante más que desde el bienestar.

El análisis por **edad** muestra que la salud emocional no mejora de forma lineal con el paso del tiempo. En el grupo de 18 a 25 años, la percepción se distribuye equitativamente entre buena y media (50% cada una), sin presencia de valoraciones negativas, lo que sugiere una percepción emocional relativamente estable, aunque con margen de mejora.

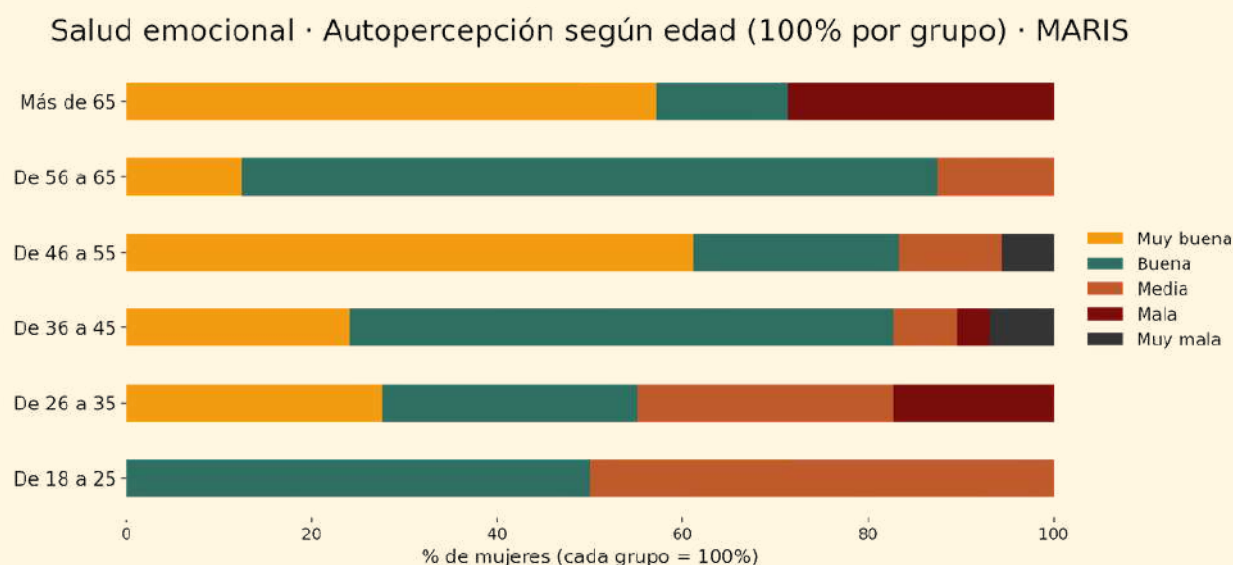
Las mujeres de 26 a 35 años muestran una distribución homogénea entre las categorías muy buena, buena, media y mala (25% cada una), reflejando una alta heterogeneidad emocional, posiblemente asociada a demandas laborales, familiares y de adaptación social propias de esta etapa.

En el grupo de 36 a 45 años, predomina una percepción positiva, con un 80% que califica su salud emocional como buena o muy buena. Las valoraciones negativas son marginales, lo que indica mayor estabilidad emocional.

Las participantes de 46 a 55 años presentan la percepción más favorable, con un 85% en categorías positivas, especialmente en muy buena (60%), lo que podría vincularse a procesos de madurez emocional y mayor control de recursos personales. En el grupo de 56 a 65 años, se observa un predominio claro de la categoría buena (80%), con baja presencia de percepciones extremas, lo que refleja un equilibrio emocional sostenido.

Finalmente, en las mujeres de más de 65 años, aunque más de la mitad percibe su salud emocional como muy buena (55%), se registra un 30 % de percepción mala, evidenciando una polarización que podría estar asociada a cambios vitales, pérdidas significativas o condiciones de salud propias del envejecimiento.

En resumen, en los tramos de edad intermedia se concentran más valoraciones medias y malas, coincidiendo con etapas de mayor carga laboral, responsabilidades familiares y menor disponibilidad de tiempo para el autocuidado emocional. En los grupos más jóvenes y en algunos tramos de mayor edad aparece una mayor polarización, con valoraciones muy buenas y muy malas, lo que refleja experiencias emocionales más inestables.



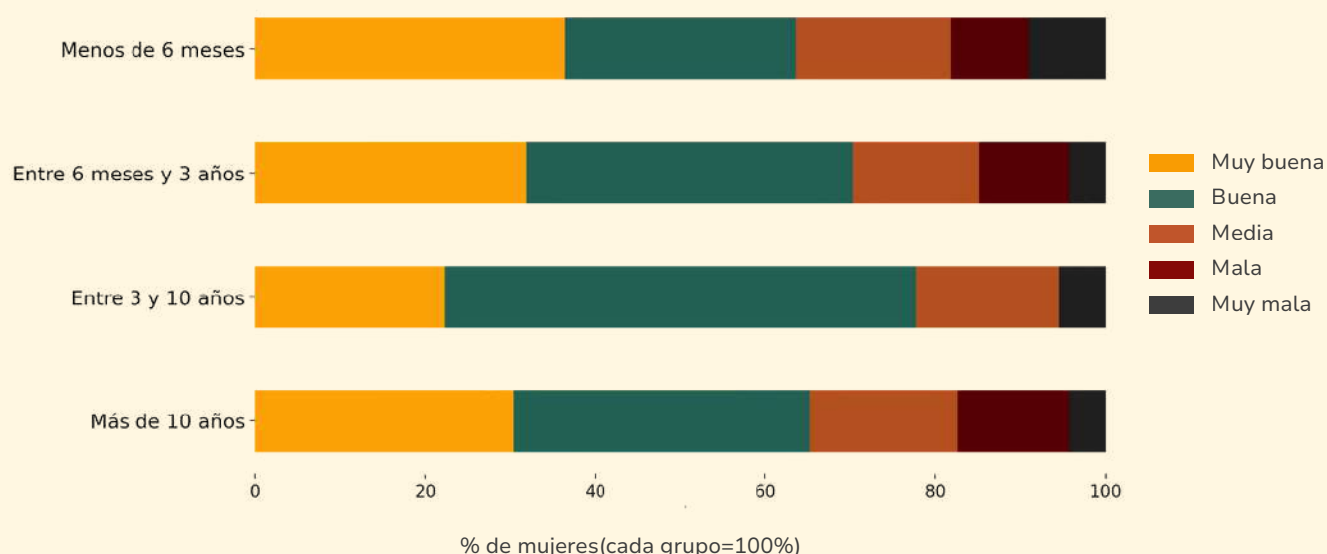
La gráfica por **tiempo de residencia** muestra que el asentamiento no implica necesariamente una mejora progresiva de la salud emocional.

En el grupo de menos de 6 meses de residencia, se observa una distribución relativamente equilibrada entre percepciones positivas (55% entre muy buena y buena), percepciones intermedias (20%) y percepciones negativas (25%). Las mujeres con entre 6 meses y 3 años de residencia muestran una ligera mejora en la percepción positiva (63%), aunque persiste una proporción relevante de percepciones negativas (22%).

En el grupo de entre 3 y 10 años de residencia, se evidencia el nivel más alto de percepción positiva (75%), acompañado de una reducción notable de percepciones negativas. Por el contrario, las mujeres con más de 10 años de residencia presentan una disminución de la percepción positiva (65%) y un incremento de las percepciones negativas (20%).

En resumen, en los primeros años aparecen valoraciones más polarizadas, mientras que en los periodos más largos de residencia aumenta el peso de las valoraciones intermedias y negativas, lo que apunta a procesos de desgaste emocional acumulado tras años de precariedad, sobrecarga y adaptación constante. Este patrón dialoga con el duelo migratorio prolongado y con la ausencia de espacios estables para procesar emocionalmente la experiencia migratoria.

Salud emocional - Autopercepción según tiempo de residencia (100% por grupo) - MARIS

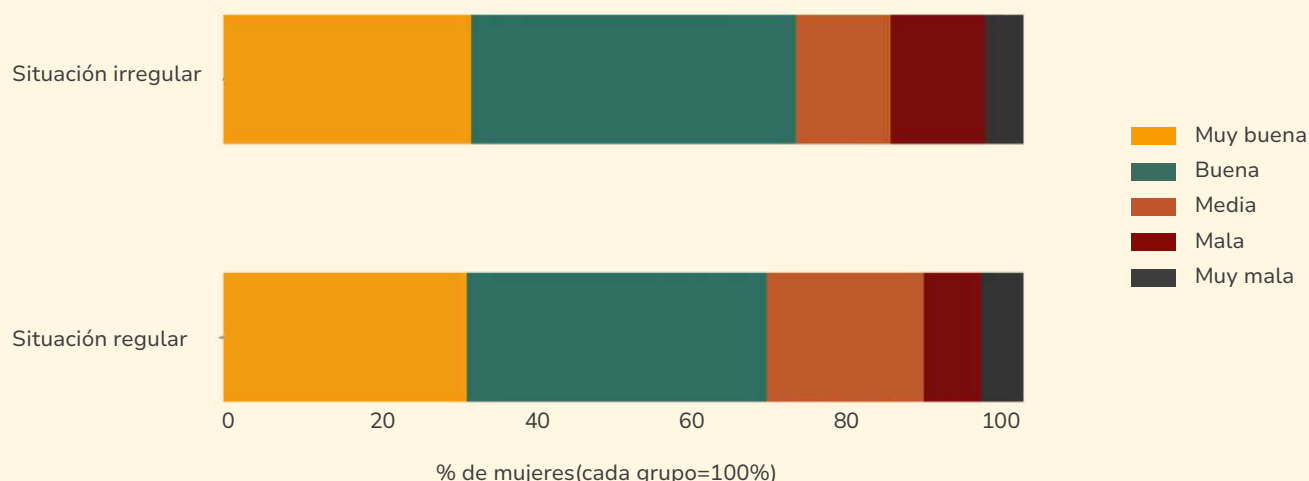


En relación con la **situación administrativa**, las mujeres en situación irregular, el 70% percibe su salud emocional como muy buena o buena, lo que indica un nivel elevado de bienestar emocional percibido. Sin embargo, un 18% manifiesta percepciones negativas (mala o muy mala), lo que podría reflejar el impacto del estrés asociado a la inestabilidad administrativa, la incertidumbre legal, las posibles barreras de acceso y redes de apoyo.

Por su parte, las mujeres en situación regular también presentan una mayoría de percepciones positivas (65%), aunque se observa un mayor peso de la categoría media (20%), lo que sugiere una valoración emocional más cautelosa o realista. Las percepciones negativas alcanzan el 15%, ligeramente por debajo del grupo irregular.

En resumen, las mujeres en situación irregular presentan proporcionalmente más valoraciones positivas, mientras que entre las mujeres en situación regular aumentan las respuestas intermedias y negativas. Este resultado no debe interpretarse como una mejor salud emocional en contextos de irregularidad, sino como una mayor normalización del malestar y estrategias de resistencia emocional. Con una mayor estabilidad emerge con más claridad la posibilidad de reconocer el desgaste emocional acumulado.

Salud emocional - Autopercepción según situación administrativa(100% por grupo) - MARIS



La autopercepción de la salud emocional revela que, aunque sea la dimensión más valorada, su cuidado depende en gran medida de la estabilidad vital. En contextos de alta precariedad, el malestar emocional queda invisibilizado, de modo que identificar y atender “estar mal” se convierte en una posibilidad asociada a disponer de condiciones mínimas de seguridad y apoyo.

Vivencias y experiencias en torno a la salud emocional

Las vivencias cotidianas en torno a la salud emocional muestran un malestar sostenido y profundamente normalizado, no suele vivirse como un ámbito explícito de cuidado, sino como algo que se “aguanta” mientras el cuerpo y la vida cotidiana sigan funcionando.

El agotamiento emocional emerge como una experiencia recurrente, caracterizada por un cansancio persistente que no se alivia con el descanso físico. La preocupación constante por el trabajo, la situación administrativa, la familia o el futuro genera un estado de alerta sostenido que se normaliza con el tiempo, dificultando el reconocimiento del malestar.

“Cuando no tienes papeles no te puedes permitir estar mal, tienes que seguir sí o sí.” (Grupo de discusión, Huelva)



Muchas mujeres expresan vivencias de aguante, fortaleza impuesta y silenciamiento emocional, junto con la obligación de mostrarse fuertes tanto ante su entorno como ante sí mismas. Esta exigencia de fortaleza actúa como una estrategia frente al miedo a desbordarse pero también como un factor que invisibiliza y silencia el sufrimiento emocional que, a largo plazo genera una desconexión con el propio malestar.



“Te haces fuerte porque no hay otra, pero por dentro te vas rompiendo.” (Grupo de discusión, Oviedo)

A nivel discursivo, los relatos confirman lo observado en la encuesta: las mujeres con mayor estabilidad económica y administrativa muestran una mayor conciencia y capacidad de reflexión sobre su estado de salud. Al igual que en la salud física, en contextos de precariedad y urgencia cotidiana no existe margen para detenerse a identificar cómo se encuentran, quedando la atención al propio malestar subordinada a la supervivencia diaria.

“Antes no sentía nada, solo hacía. Ahora que estoy más tranquila, me doy cuenta de lo mal que estaba.” (Grupo de discusión, Sevilla)



Aunque muchas mujeres están rodeadas de gente, los relatos muestran una soledad emocional persistente. La falta de espacios donde poder hablar sin sentirse juzgadas o incomprendidas limita la posibilidad de elaborar lo que sienten. Esta soledad se intensifica cuando confiesen que no cuentan sus problemas a sus familias para no preocupar.



“Hablas con la gente, pero no dices lo que de verdad te pasa.” (Grupo de discusión, Oviedo)

El duelo migratorio aparece como un eje central del malestar emocional. Muchas mujeres describen duelos no resueltos que se alargan en el tiempo y se combinan con frustración, culpa o sensación de estancamiento. Este desgaste no siempre se manifiesta de forma intensa, sino como un fondo emocional constante que acompaña la vida cotidiana.

“Has dejado muchas cosas atrás y no siempre te da tiempo a llorarlas.”
(Grupo de discusión, Málaga)



A pesar del malestar, las mujeres desarrollan múltiples estrategias de resistencia emocional: relativizar, compararse con situaciones peores, centrarse en sacar adelante a la familia o mantenerse ocupadas para no pensar. Algunas de estas estrategias permiten sostener el día a día, pero pueden cronificar el malestar y postergar el autocuidado emocional.



“Si me paro a pensar, me vengo abajo, así que prefiero no pensar.”
(Grupo de discusión, Huelva)

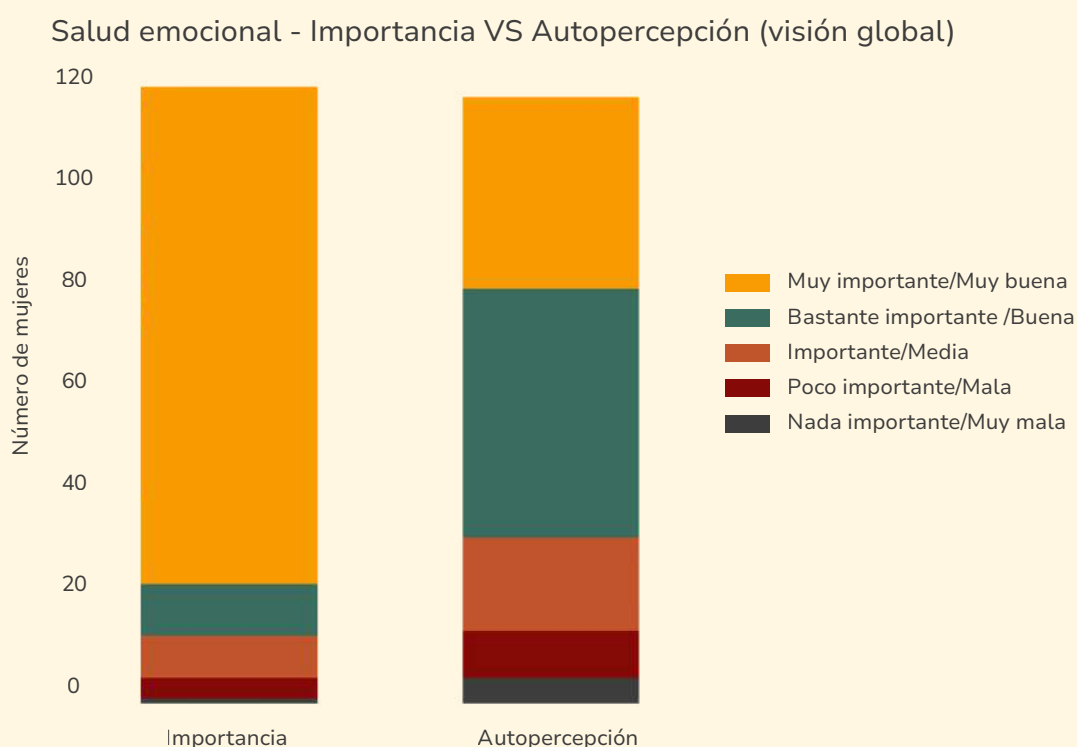
En algunos relatos emergen procesos de toma de conciencia y aprendizaje emocional, a menudo ligados a espacios colectivos, talleres o redes de apoyo. Poder poner palabras a lo que se siente aparece como un primer paso hacia el cuidado. Estos espacios no eliminan el malestar estructural, pero sí ofrecen herramientas para reconocerlo y compartirlo.

“Cuando escuchas a otras, te das cuenta de que no estás loca”
(Grupo de discusión, Valladolid)



Lectura interpretativa del eje de salud emocional

Aunque la salud emocional es la dimensión más valorada dentro de la salud integral, la autopercepción se concentra mayoritariamente en valores intermedios, con una presencia relevante de malestar emocional. Esta distancia evidencia que reconocer la importancia del bienestar emocional no implica necesariamente disponer de condiciones reales para sostenerlo.



La salud emocional de las mujeres migradas se caracteriza por una tensión constante entre conciencia y posibilidad. Los datos cuantitativos, en diálogo con los relatos cualitativos, muestran que el malestar emocional se vive de forma normalizada y sostenida en el tiempo, atravesado por la precariedad, la sobrecarga de responsabilidades y el proceso migratorio. El equilibrio emocional no se construye desde el bienestar, sino desde el aguante, la contención y la adaptación a contextos de exigencia permanente.

Esta brecha entre importancia y autopercepción refleja que el cuidado emocional se activa de forma reactiva y fragmentada, cuando el cansancio o el desborde se hacen evidentes, y no como un proceso preventivo o continuo. La migración, lejos de ser un episodio puntual, opera como un factor estructural de desgaste emocional prolongado, que se acumula con el tiempo y se expresa en estados de alerta constante, silenciamiento emocional y dificultad para poner palabras al malestar. Abordar la salud emocional implica ir más allá del reconocimiento individual de su importancia y generar condiciones colectivas, sociales e institucionales que permitan sostenerla de forma real y continuada.

En resumen

- La salud menstrual, sexual y reproductiva atraviesa de manera directa el bienestar, la autonomía corporal y el ejercicio de derechos de las mujeres migradas, pero queda relegada a una posición secundaria frente a otras dimensiones asociadas a la supervivencia cotidiana.
- La salud emocional emerge como el eje más valorado del bienestar, situándose por encima del resto de dimensiones, lo que refleja una fuerte conciencia de su papel central para sostener la vida cotidiana y el proceso migratorio.
- Esta elevada valoración convive con una autopercepción mayoritariamente intermedia, evidenciando una brecha estructural entre la importancia atribuida al bienestar emocional y las condiciones reales para experimentarlo y cuidarlo.
- En comparación con otros ámbitos de la salud, la salud emocional presenta la distancia más acusada entre importancia y autopercepción, lo que la convierte en un eje prioritario pero más frágil de sostener.
- Los relatos cualitativos muestran que el bienestar emocional se construye más desde el sostenimiento y el aguante que desde estados de calma o bienestar, consolidando una vivencia emocional marcada por la resistencia prolongada.
- La normalización del cansancio, la preocupación constante y el malestar sostenido contribuye a que muchas mujeres no se perciban “mal”, pero tampoco “bien”, manteniéndose en un equilibrio frágil que dificulta la identificación del sufrimiento emocional como un problema de salud.
- El análisis por edad indica que la salud emocional no sigue una evolución lineal: las etapas de mayor carga laboral, familiar y de cuidados concentran más valoraciones medias y negativas, reflejando el impacto de la sobrecarga vital.
- El tiempo de residencia en España no actúa como un factor protector del bienestar emocional; por el contrario, en trayectorias prolongadas aumenta el peso de percepciones intermedias y negativas, apuntando a procesos de desgaste emocional acumulado.
- Las diferencias según situación administrativa no reflejan una mejor salud emocional en contextos de irregularidad, sino estrategias de resistencia y contención del malestar; con mayor estabilidad vital emerge una mayor conciencia y capacidad de nombrar el desgaste emocional vivido.
- El reconocimiento del malestar emocional está profundamente condicionado por las condiciones de vida: la estabilidad permite identificarlo, mientras que la precariedad tiende a invisibilizarlo.
- La salud emocional de las mujeres migradas aparece profundamente condicionada por las trayectorias migratorias, la precariedad estructural y la disponibilidad real de apoyos, evidenciando que el cuidado emocional no puede abordarse desde una lógica individual, sino desde condiciones sociales, comunitarias e institucionales que lo hagan posible.

Salud espiritual

A diferencia de otras dimensiones más directamente asociadas a la supervivencia cotidiana, como la salud física o la salud emocional, la salud espiritual ocupa una posición intermedia en términos de importancia declarada, siendo valorada como significativa, aunque no siempre prioritaria frente a otras necesidades. Esta posición contrasta con una autopercepción mayoritariamente positiva de la propia salud espiritual, que resulta más favorable que la de otras dimensiones del bienestar.

Qué se entiende por la salud espiritual

Las mujeres participantes definen la salud espiritual de manera amplia y no necesariamente religiosa. En los relatos aparece como un espacio íntimo de conexión, sentido y calma, que ayuda a sostener la experiencia migratoria y los procesos de pérdida, cambio y adaptación. Se asocia a “estar en paz”, confiar y sentirse acompañada, incluso en ausencia de apoyos materiales o sociales.

“La espiritualidad es lo que me sostiene cuando todo lo demás falla.”
(Grupo de discusión, Sevilla)



El análisis muestra que esta dimensión se expresa a través de prácticas diversas, por un lado, las relacionadas con espiritualidades estructuradas, vinculadas a religiones institucionalizadas.



“Yo creo en Dios soy cristiana y desde niña he tenido la costumbre de hacer oraciones, y me siento más tranquila cuando lo hago.”
(Angola, 25 años)

Como formas de espiritualidad no estructurada, más personales, simbólicas o informales. La diferencia entre unas y otras no radica en su impacto sobre el bienestar, sino en su grado de estructura, reconocimiento social y sostén colectivo.

“Yo tengo mi altarcito... es una herramienta muy poderosa para personas que somos migrantes.” ***(Grupo de discusión, Madrid - Afrocolectiva)***



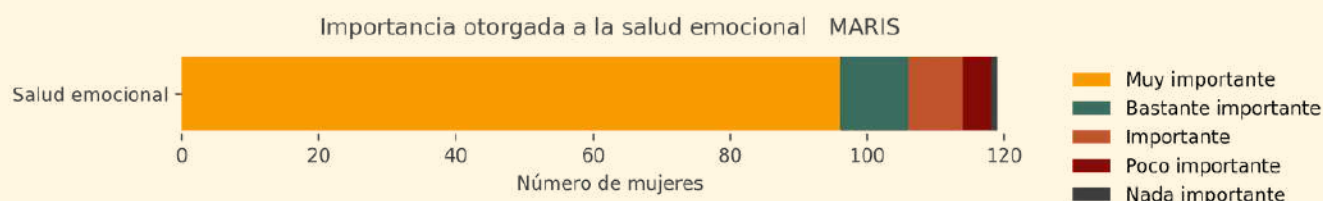
Un elemento relevante que emerge en los relatos es la relación entre autoconocimiento, reflexión personal y salud espiritual. Procesos de escucha interna, comprensión de lo vivido y resignificación de la experiencia son vividos como prácticas espirituales cuando aportan calma, dignidad y sentido, más allá del alivio inmediato del malestar.



“Entender por qué me siento así me da paz. No lo quita, pero lo coloca.”
(Grupo de discusión, Valladolid)

Qué importancia le otorgan a la Salud espiritual

Los datos cuantitativos muestran que la salud espiritual ocupa una posición intermedia dentro de la jerarquía de prioridades en salud. Aunque una parte importante de las mujeres la considera muy importante o bastante importante, su peso es menor en comparación con dimensiones como la salud emocional o la salud física, que aparecen más directamente ligadas a la supervivencia cotidiana.

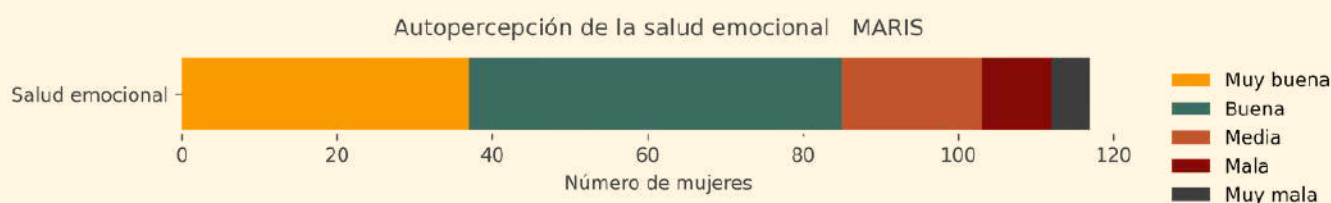


La gráfica de importancia refleja que la salud espiritual se reconoce como relevante, pero no siempre como prioritaria. Predominan las respuestas en los niveles de muy importante (71%) y bastante importante (18%), seguido por importante (10%). Mientras que las categorías de poco (1%) o nada importante tienen un peso reducido. Esta distribución sugiere que, aunque la espiritualidad es valorada como un sostén interno significativo, suele quedar en un segundo plano frente a otras urgencias materiales, emocionales o administrativas.

Esta posición intermedia dialoga con los discursos cualitativos: muchas mujeres identifican la salud espiritual como algo fundamental para resistir y encontrar sentido, pero reconocen que rara vez pueden dedicarle tiempo, espacio o cuidado consciente. Otras mujeres sin embargo, no le dan ninguna importancia a este tema. La espiritualidad aparece así como un recurso latente, que se activa especialmente en momentos de dificultad, más que como un ámbito de autocuidado sostenido en la vida cotidiana.

Estado de la salud espiritual autopercebido

A diferencia de otras dimensiones de la salud, la salud espiritual presenta una valoración mayoritariamente positiva. Una parte importante de las mujeres se percibe con una salud espiritual buena o muy buena (79%), asimismo, un 13% manifiesta una percepción media. Las percepciones negativas (mala y muy mala) representan únicamente el 8%, lo que indica que los niveles de malestar espiritual son bajos dentro de la población estudiada. lo que indica que esta dimensión funciona como un recurso interno de sostén, incluso en posibles contextos de precariedad o malestar emocional.



Los relatos cualitativos ayudan a interpretar estos datos. Muchas mujeres expresan que la espiritualidad, entendida como fe, conexión interior o sentido, les permite resistir, encontrar calma y no derrumbarse cuando otras áreas de la vida están desbordadas.

“Emocionalmente estoy cansada, pero por dentro siento que sigo fuerte.”

(Grupo de discusión, Málaga)



Al mismo tiempo, la gráfica también muestra un grupo de mujeres con valoraciones intermedias o bajas, que se corresponde con relatos de desconexión espiritual, pérdida de prácticas del país de origen o dificultad para mantener espacios de recogimiento y sentido en la vida cotidiana. En estos casos, la migración aparece como un factor que ha interrumpido referentes espirituales previos.



“Antes rezaba más, ahora no tengo ni tiempo ni cabeza.” ***Grupo de discusión, Oviedo)***

La combinación de datos cuantitativos y cualitativos muestra que la salud espiritual tiende a percibirse mejor que otras dimensiones, pero no de forma homogénea. Su vivencia positiva depende en gran medida de nombrar como espiritualidad algunas prácticas y la posibilidad de sostener el sentido, la calma y la conexión interior en el contexto migratorio.

Vivencias y experiencias en torno a la salud espiritual

Como muestran los relatos, no es la adscripción a una creencia concreta lo que define el grado de bienestar asociado a la salud espiritual, sino las funciones de cuidado similares que estas prácticas cumplen en la vida cotidiana. La salud espiritual se vincula a la capacidad de encontrar sentido a lo vivido, mantener una conexión interior y disponer de recursos asociados a la calma, la fortaleza interna, la esperanza y la posibilidad de seguir adelante cuando otras dimensiones del bienestar se encuentran tensionadas.

De forma recurrente, las prácticas espirituales, religiosas o no, cumplen al menos cuatro funciones centrales de cuidado:

La salud espiritual actúa como un recurso de regulación emocional en contextos de sobrecarga, soledad o dificultad. Permite calmar, ordenar pensamientos y sostener emocionalmente situaciones que desbordan otras dimensiones del bienestar.



“La fe me ha ayudado a no venirme abajo cuando todo estaba en contra.”
(Grupo de discusión, Huelva)

“Encender una vela y estar un rato conmigo misma me ordena la cabeza, me tranquiliza.” ***(Argentina, 41 años)***



Estas prácticas permiten interpretar las vivencias difíciles, integrándolas en marcos simbólicos que aportan sentido a la experiencia vital y ayudan a comprender situaciones que, de otro modo, se viven como caóticas, injustas o desbordantes.

“Yo pienso, Dios tiene una propuesta, alguna cosa hay... yo creo que hay algún propósito pero yo necesito descubrir cuál.” (Brasil, 37 años)



“Cuando pienso en mis ancestros es parte de la espiritualidad, siento que no estoy sola, que vengo de algo.” (Colombia, 41 años)

La salud espiritual refuerza el sentimiento de valía, continuidad personal y reconocimiento de una misma frente a procesos de desarraigo, pérdida de estatus o ruptura biográfica. En este sentido, actúa como un anclaje identitario que protege la dignidad personal.

“Parte de la religión para mí, con mi bienestar, estar bien con la religión es estar bien conmigo misma.” (Marruecos, 28 años)



“Esto de conocerme, de escucharme, ha sido volver a mí.” (Chile, 52 años)

Las prácticas espirituales funcionan como formas de cuidado propias que no dependen de recursos externos. Operan como infraestructuras íntimas de cuidado en contextos donde los sistemas públicos resultan insuficientes o excluyentes, reforzando la capacidad de las mujeres para cuidarse, sostener su bienestar y preservar su dignidad.

“Aquí he perdido muchas cosas, pero mi fe no me la quita nadie.” (Grupo de discusión, Oviedo)



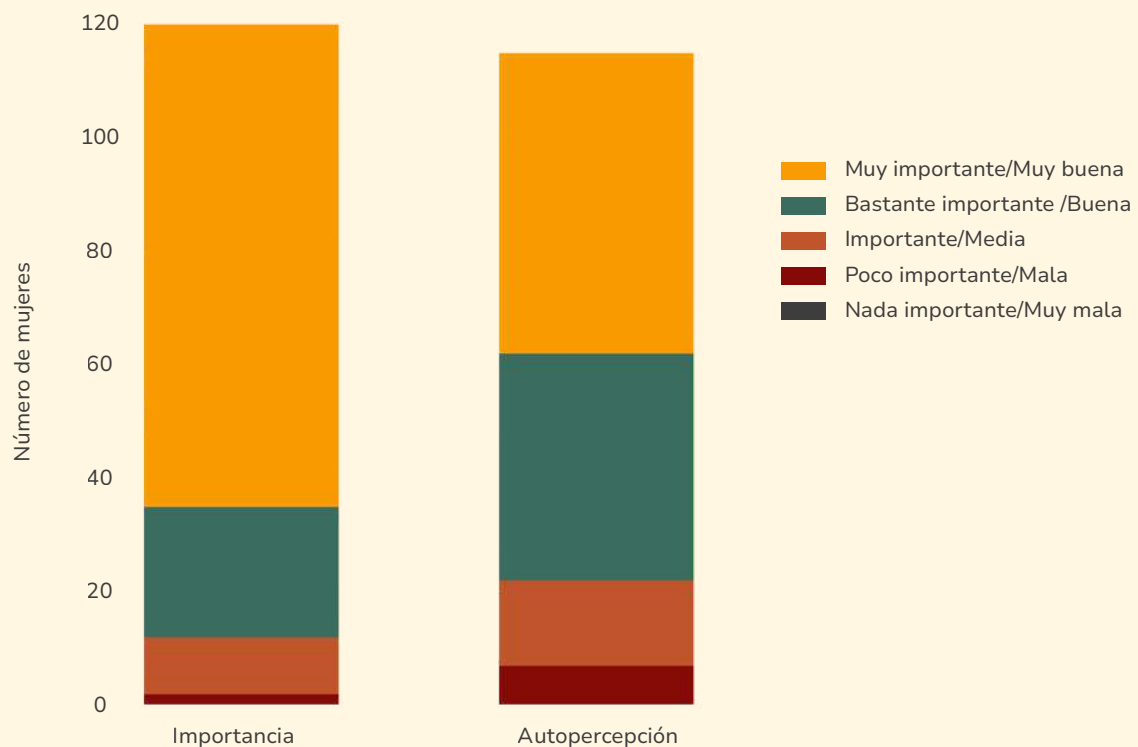
“No es religión solo, es tener algo dentro que te dice que vas a poder.” (Grupo de discusión, Málaga)

La salud espiritual se configura como una dimensión central del bienestar de las mujeres migradas, aunque a menudo infrarrepresentada y escasamente legitimada. Lejos de depender de la adscripción a una fe concreta, la espiritualidad emerge como un factor de protección transversal que adopta formas diversas y cumple funciones similares de cuidado, integrando dimensiones emocionales, culturales y de sentido vital.

Lectura interpretativa del eje de salud espiritual

La comparación entre la importancia otorgada a la salud espiritual y la autopercepción de esta dimensión muestra un patrón singular dentro de la salud integral. Aunque la salud espiritual no se sitúa entre las dimensiones más priorizadas, la autopercepción tiende a concentrarse en valores positivos. Este desajuste no expresa incoherencia, sino que evidencia la distancia entre los marcos dominantes de valoración de la salud y las prácticas reales de cuidado que las mujeres movilizan en su vida cotidiana.

Salud espiritual - Importancia VS Autopercepción (visión global)



El análisis indica que la salud espiritual funciona como un recurso de sostén relativamente estable, incluso cuando no ocupa un lugar central en el discurso explícito sobre la salud ni cuenta con reconocimiento institucional. Su eficacia no depende de la adscripción a una creencia concreta, sino de las funciones que cumple: regular el malestar, generar sentido, sostener la identidad y reforzar la agencia personal. En este sentido, opera como una infraestructura íntima de cuidado, especialmente relevante en contextos de precariedad, sobrecarga y exclusión de derechos.

infraestructura íntima de cuidado, especialmente relevante en contextos de precariedad, sobrecarga y exclusión de derechos.

A diferencia de otras dimensiones del bienestar, la salud espiritual presenta una menor dependencia de recursos materiales o institucionales, lo que permite que se sostenga incluso en situaciones de inseguridad administrativa, aislamiento o falta de apoyos formales. Esta característica la convierte en un recurso clave de autonomía cuando los sistemas de protección resultan insuficientes o inaccesibles.

El análisis muestra que esta vivencia no es homogénea. La migración puede debilitar prácticas espirituales comunitarias y generar rupturas con referentes colectivos, pero también dar lugar a procesos de reconstrucción y resignificación espiritual, más individuales y conscientes. Desde una lectura contrahegemónica, estos resultados cuestionan los modelos de salud dominantes, que tienden a privilegiar enfoques biomédicos y psicológicos y a deslegitimar saberes simbólicos, culturales y espirituales, especialmente cuando son sostenidos por mujeres migradas. Reconocer la salud espiritual como una dimensión legítima del bienestar implica un desplazamiento político del marco de análisis, al poner en valor prácticas actualmente invisibilizadas en el contexto español.

En resumen

- La salud espiritual aparece como una dimensión relevante pero secundarizada en la jerarquía de prioridades, con menor peso que la salud emocional, social y física, y una valoración diversa según trayectorias migratorias y contextos de vida.
- La autopercepción de la salud espiritual se concentra mayoritariamente en valores intermedios y positivos, mostrando una percepción globalmente más estable que otras dimensiones del bienestar.
- A diferencia de otros ámbitos de la salud, la salud espiritual se vincula menos al acceso a servicios y más a prácticas personales, simbólicas y relacionales, desarrolladas mayoritariamente fuera de los circuitos institucionales.
- Los relatos muestran que la espiritualidad funciona como un recurso activo de regulación emocional y sostén interno, especialmente en contextos de soledad, incertidumbre, duelo migratorio y pérdida de referentes.
- La salud espiritual se relaciona estrechamente con la capacidad de dotar de sentido a la experiencia migratoria, contribuyendo a sostener la esperanza, la continuidad vital y la capacidad de seguir adelante en situaciones adversas.
- En numerosos casos, la espiritualidad se expresa a través de prácticas no vinculadas a religiones, como la conexión con una misma, la reflexión, los rituales personales y populares, el linaje ancestral o la relación con la naturaleza.
- La migración implica, para muchas mujeres, una ruptura o transformación de las prácticas espirituales comunitarias, generando experiencias de desarraigo, pero también procesos de resignificación individual y reapropiación consciente.
- La salud espiritual opera como un factor de protección transversal, contribuyendo al bienestar emocional y a la gestión de sufrimientos que no encuentran respuesta suficiente en los sistemas sanitarios o sociales.
- Pese a su relevancia en los relatos, la salud espiritual permanece ampliamente invisibilizada en las políticas y dispositivos de salud, y rara vez es reconocida como un componente legítimo del bienestar integral.
- Los resultados muestran que la espiritualidad no sustituye otras formas de atención o apoyo, pero sí complementa y refuerza las estrategias de cuidado desplegadas por las mujeres en contextos de vulnerabilidad.
- La salud espiritual se construye de manera diversa, atravesada por la cultura, la historia personal, el origen y las condiciones materiales de vida, sin responder a modelos homogéneos ni universalizables.
- En conjunto, la salud espiritual emerge como un activo clave para comprender las estrategias de cuidado, resistencia y sostén de la vida cotidiana de las mujeres migradas, cuya incorporación a una mirada integral del bienestar resulta fundamental.

Salud social y familiar

La salud social, familiar y relacional constituye uno de los pilares fundamentales del bienestar de las mujeres participantes del programa. Los vínculos afectivos: familiares, de pareja, comunitarios y de amistad; influyen de forma directa en la capacidad de sostener el proceso migratorio, afrontar situaciones de precariedad, gestionar el malestar emocional y protegerse frente al aislamiento, la discriminación y las violencias.

Qué entienden las mujeres por la salud social y familiar

Las mujeres reconocen la salud social y familiar como fundamental para el bienestar, aunque se vive también como un ámbito frágil, que requiere tiempo, reciprocidad y condiciones de vida que no siempre están garantizadas. Sentirse acompañadas implica contar con relaciones que sostienen, escuchan y respetan los límites personales, sin generar sobrecarga. Desde esta mirada, la soledad no se define por la ausencia de personas, sino por la falta de vínculos significativos.

“Para mí la salud social es no sentirte sola, saber que hay alguien con quien contar.” (Grupo de discusión, Sevilla)



La salud familiar se vincula a los vínculos con la familia de origen y la familia construida, pero se describe de forma profundamente ambivalente. La familia puede ser un anclaje emocional clave, una fuente de fuerza y sentido, pero también un espacio de presión, conflicto, culpa o sobrecarga emocional, especialmente en contextos de migración transnacional, distancia física y dificultades económicas.



“La familia te puede sostener mucho, pero también te puede agotar.” (Grupo de discusión, Oviedo)

En muchos relatos, la migración obliga a redefinir las relaciones y los vínculos. Aparecen con fuerza las familias elegidas, donde amistades, vecinas, compañeras o redes comunitarias asumen funciones tradicionalmente familiares, ofreciendo apoyo cotidiano, cuidado y acompañamiento.

“Aquí mi familia son las amigas que me acompañan.” (Grupo de discusión, Málaga)



La salud de pareja emerge como una dimensión específica y relevante del bienestar. Las mujeres la asocian a relaciones basadas en el respeto, la comunicación y la reciprocidad. Al mismo tiempo, los relatos muestran que la pareja puede convertirse en un espacio de alta vulnerabilidad cuando confluyen dependencia económica, situación administrativa irregular, desigual distribución de tareas de cuidado o dinámicas de control, desgaste emocional e incluso violencias.

“Para mí la salud en pareja es el respeto. No gritarnos, no faltarnos el respeto. Porque una vez cruzas esa línea, ya no es vivir, es malvivir.”
(Senegal, 44 años)



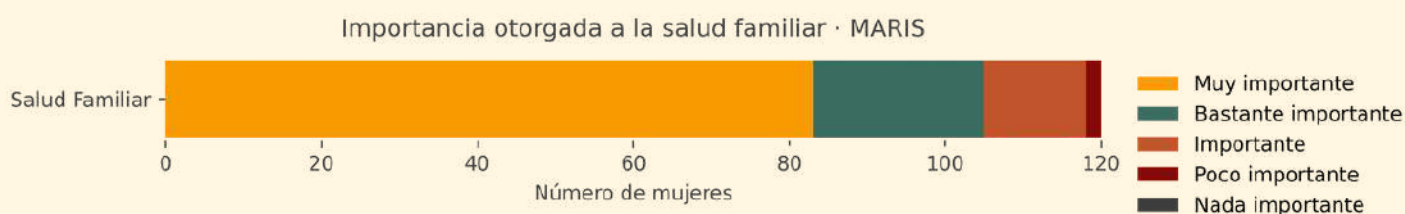
Qué importancia le otorgan a la la salud social y familiar

Los datos cuantitativos muestran que la salud social y la salud familiar se sitúan entre las dimensiones de la salud a las que las mujeres participantes conceden una importancia significativa. En las gráficas de importancia se observa una clara concentración de respuestas en las categorías de muy importante y bastante importante en ambas dimensiones, lo que refleja un reconocimiento amplio del papel central que juegan los vínculos y las redes en el bienestar cotidiano.

La salud social presenta una valoración ligeramente superior a la salud familiar, evidenciando una percepción altamente positiva. En este sentido, el 71% de las participantes la considera muy importante y el 18% bastante importante, mientras que un 10% la califica como importante. Por el contrario, la categoría nada importante alcanza apenas un 1%. Estos resultados sugieren que las mujeres migrantes otorgan un alto valor a sus redes sociales en el contexto migratorio, utilizándolas como un recurso fundamental de apoyo para afrontar las dinámicas cotidianas y reducir las experiencias de aislamiento.



La salud familiar es valorada de manera altamente positiva, ya que el 69% de las participantes la considera muy importante, el 18% bastante importante y el 12% importante, mientras que las categorías de poca o ninguna importancia presentan porcentajes prácticamente nulos. Estos resultados evidencian el peso significativo que continúan teniendo los vínculos familiares como principal fuente de apoyo emocional, construcción de identidad y sentido de responsabilidad en la vida de las mujeres.



Esta centralidad dialoga con los discursos cualitativos, donde las mujeres señalan que sentirse acompañadas y contar con apoyos es tan importante como la salud física. Sin embargo, al igual que en otros ejes, esta importancia no siempre se traduce en experiencias relacionales satisfactorias, anticipando la brecha que aparece en la autopercepción.

Estado de la salud social y familiar autopercibido

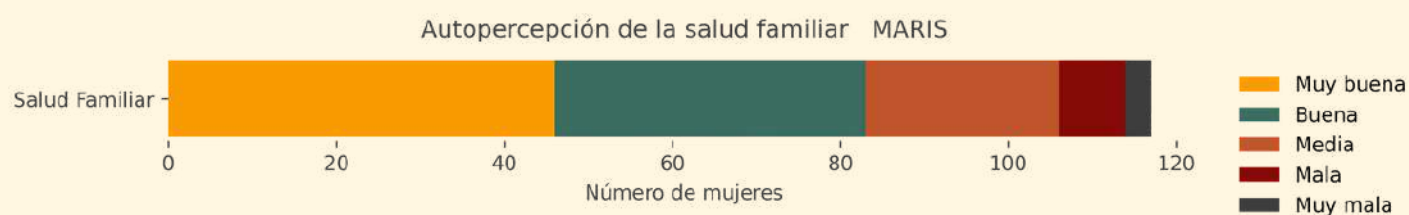
La lectura conjunta de las gráficas de salud social y salud familiar muestra que ambas dimensiones ocupan un lugar relevante en el bienestar de las mujeres participantes, aunque presentan patrones diferenciados en su valoración y autoperccepción.

En el caso de la salud social, los resultados evidencian una autoperccepción predominantemente positiva de la salud social entre las participantes. Un 68% de las mujeres califica su salud social como buena (23%) o muy buena (45%). Asimismo, un 26% manifiesta una percepción media. Mientras que las percepciones negativas representan un porcentaje reducido (6% en conjunto entre mala y muy mala). Desde una perspectiva interpretativa, estos hallazgos resaltan el papel central del tejido social como un factor protector en el contexto migratorio, favoreciendo la adaptación, el sentido de pertenencia y el afrontamiento de las demandas cotidianas



La salud familiar presenta una autoperccepción algo más positiva que la salud social, aunque marcada por una fuerte ambivalencia. Los resultados muestran que un 70% de las participantes valora su salud familiar como buena (31%) o muy buena (39%). Asimismo, un 19% manifiesta una percepción media. Mientras que las percepciones negativas (mala y muy mala) representan un 11% del total.

Desde una perspectiva interpretativa la familia continúa funcionando como un soporte emocional relevante, pero también como un espacio de preocupación constante, especialmente cuando existen responsabilidades económicas, distancia geográfica o conflictos no resueltos. La presencia de valoraciones intermedias y negativas indica que el vínculo familiar no siempre se vive como un ámbito de bienestar pleno, sino también de carga y desgaste.



La comparación entre ambas gráficas permite observar que la salud social aparece como más frágil que la salud familiar, con mayores dificultades para alcanzar valoraciones positivas estables. Mientras la familia tiende a mantenerse como un referente afectivo, aunque ambivalente, las relaciones sociales muestran más discontinuidad y vulnerabilidad, especialmente en contextos urbanos y migratorios.

En la encuesta, la salud de pareja no se recogió como una dimensión diferenciada, quedando integrada dentro de la salud familiar, lo que puede influir en valoraciones más contenidas. Como veremos, el análisis cualitativo muestra una gran heterogeneidad en la vivencia de la salud de pareja: mientras algunas mujeres describen relaciones basadas en el apoyo mutuo, otras relatan situaciones de conflicto, dependencia o desgaste, intensificadas por la precariedad laboral, la irregularidad administrativa y la desigual distribución de los cuidados.

“Aprendí que no todo el mundo que está cerca te cuida, y que también tienes que protegerte.” (Grupo de discusión, Oviedo)



En el plano social, los relatos evidencian la importancia de contar con redes de apoyo para el bienestar emocional y la capacidad de sostener el proceso migratorio. La construcción de vínculos de confianza aparece como un factor clave para reducir la soledad y afrontar las dificultades cotidianas:



***“Lo importante fue encontrar un grupo de amigos y amigas que me apoyaran. Eso me ayudó muchísimo a seguir adelante”
(Rusia-Bulgaria, 52 años)***

Sin embargo, las relaciones sociales están fuertemente condicionadas por la situación administrativa y económica. La inseguridad, el miedo a depender de otras personas y la sensación de no poder ofrecer reciprocidad dificulta pedir ayuda y consolidar vínculos, reforzando dinámicas de autosuficiencia forzada.

“Cuando no tienes papeles, te mueves con mucho cuidado, también con la gente.” (Grupo de discusión, Huelva)



La edad y el momento vital también influyen en la vivencia relacional. Las mujeres más jóvenes relatan mayor facilidad inicial para socializar, aunque con relaciones frágiles; en edades intermedias, la sobrecarga laboral y de cuidados reduce el tiempo y la energía para sostener redes; y en edades más avanzadas aparecen redes más pequeñas, pero también una mayor sensación de soledad.



“Entre el trabajo y la casa no te queda vida social.” (Grupo de discusión, Oviedo)

El tiempo de residencia no garantiza una mejora automática de la salud social. En los primeros años suelen existir redes de apoyo más activas entre personas migradas, que con el tiempo pueden diluirse por el desgaste, los cambios vitales o la falta de espacios comunitarios estables.

“Con los años cada una va a lo suyo y te quedas más sola.” (Grupo de discusión, Sevilla)



El racismo y la discriminación aparecen como factores que deterioran directamente la salud social. Comentarios, miradas, exclusiones y tratos diferenciados generan retraimiento, desconfianza y aislamiento, dificultando la construcción de vínculos seguros, especialmente en espacios educativos, laborales o comunitarios.

“Me tratan mal porque soy la única mora en clase.”

(Grupo de discusión, Huelva)



Frente a estas experiencias, los espacios colectivos: asociaciones, grupos de mujeres, talleres o actividades comunitarias; aparecen como una excepción y un alivio. En ellos, las mujeres encuentran escucha, identificación y vínculos más horizontales, que reducen la sensación de aislamiento y fortalecen el sentido de pertenencia.

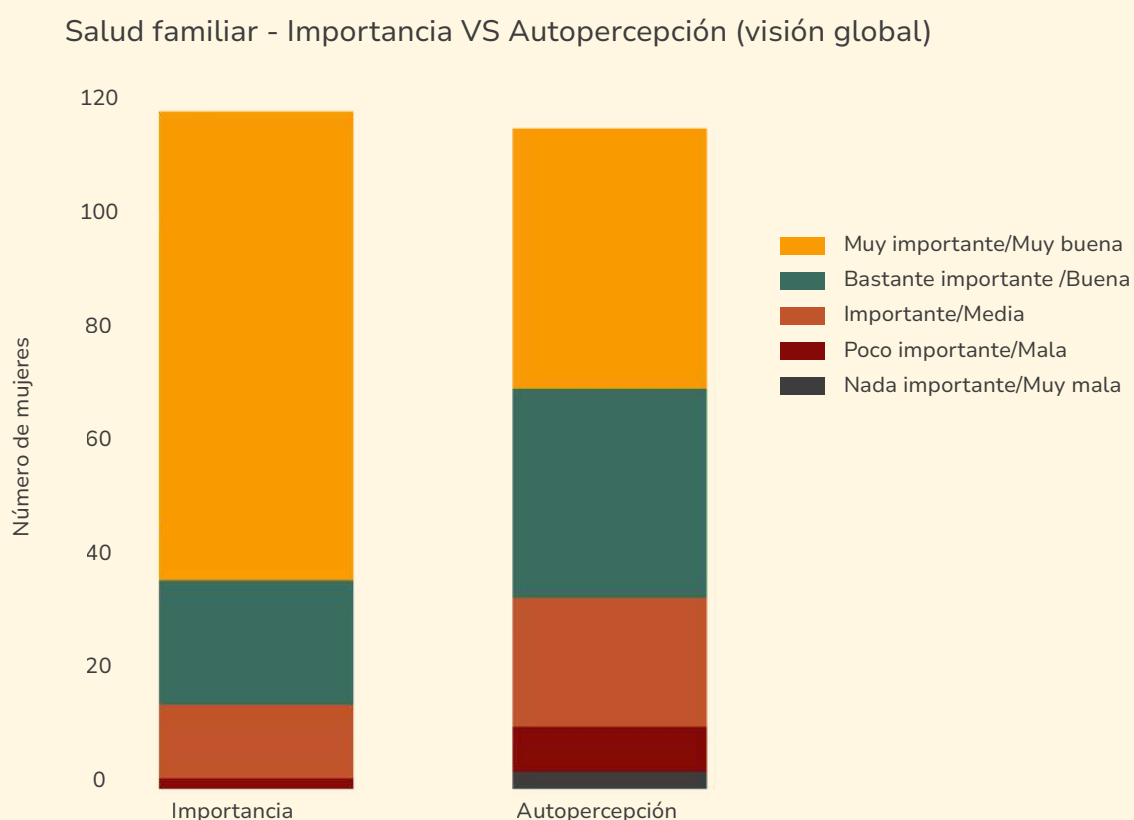


“Aquí te sientes acompañada, no tienes que explicar tanto.”

(Grupo de discusión, Valladolid)

Lectura interpretativa del eje de salud social y familiar

La lectura comparativa de las gráficas muestra una brecha entre la alta importancia otorgada y una autopercepción más contenida. Aunque las mujeres reconocen la importancia clave de las relaciones para su bienestar, la autopercepción se concentra mayoritariamente en valores intermedios.

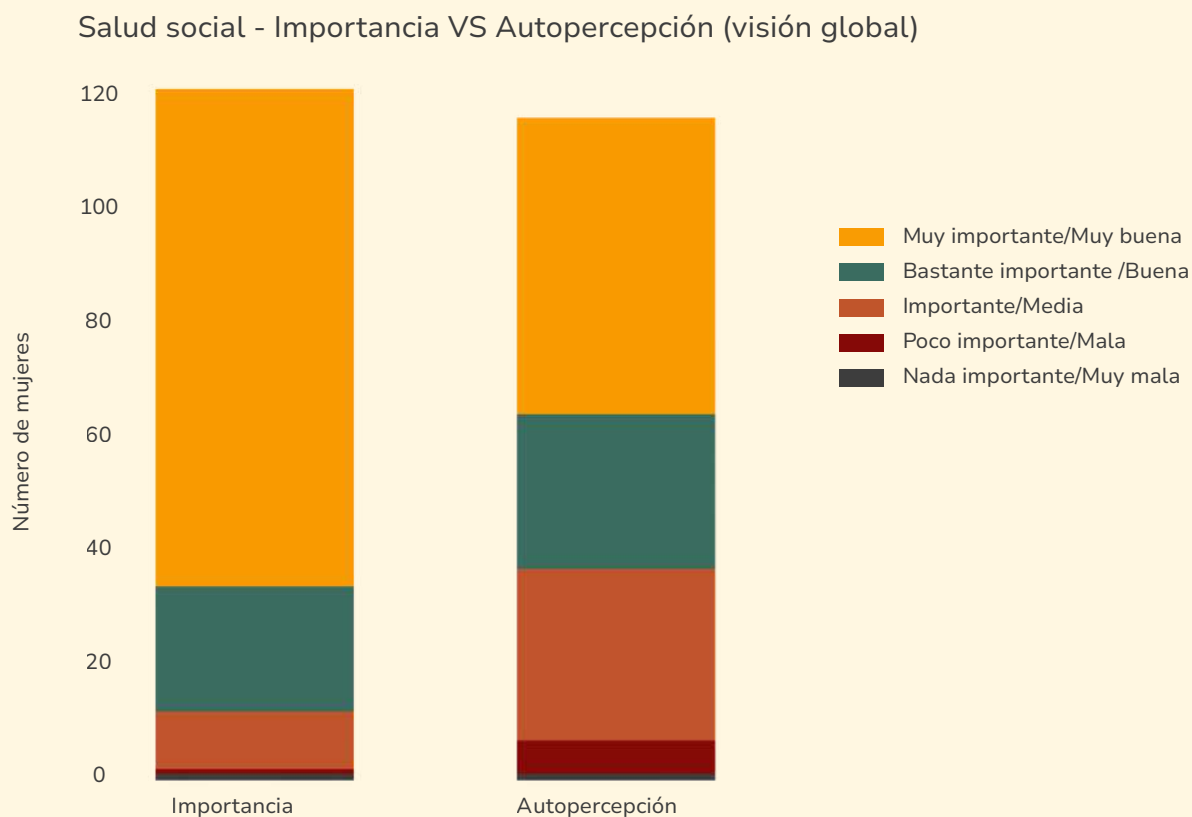


En el caso de la salud familiar, esta brecha es algo menor, lo que refuerza el papel de la familia como anclaje emocional fundamental. Sin embargo, la presencia de valoraciones intermedias indica que la familia también es un espacio atravesado por la distancia, la responsabilidad emocional y la preocupación constante.

La salud de pareja emerge como un eje crítico, donde las desigualdades estructurales pueden amplificar dinámicas de dependencia y violencia, pero también donde se despliegan aprendizajes, resistencias y prácticas de cuidado mutuo.

Lectura interpretativa del eje de salud social y familiar

La lectura comparativa de las gráficas muestra una brecha entre la alta importancia otorgada y una autopercepción más contenida. Aunque las mujeres reconocen la importancia clave de las relaciones para su bienestar, la autopercepción se concentra mayoritariamente en valores intermedios.



El cruce con variables como la edad, la situación administrativa y el tiempo de residencia confirma que el bienestar relacional está estrechamente ligado a las condiciones de vida. La irregularidad administrativa refuerza dinámicas de cautela y autosuficiencia forzada, mientras que el desgaste relacional puede aumentar con los años si no existen espacios comunitarios estables.

En este contexto, los espacios colectivos y comunitarios emergen como un factor protector clave, al facilitar vínculos más horizontales, continuos y significativos. En definitiva, la salud social, familiar y de pareja requiere intervenciones que fortalezcan redes comunitarias, garanticen derechos, prevengan violencias y generen condiciones materiales que permitan cuidar y cuidarse sin sobrecarga

En resumen

- La salud social y familiar constituye un eje estructural del bienestar al influir directamente en su capacidad para sostenerse, afrontar la precariedad y protegerse frente al aislamiento, las violencias y el malestar emocional.
- Las mujeres conciben esta dimensión desde una lógica relacional: estar bien no implica simplemente “tener gente alrededor”, sino contar con vínculos significativos que acompañen, escuchen y respeten límites, sin generar sobrecarga ni dependencia.
- La soledad emerge como una experiencia persistente vinculada a la falta de tiempo, el cansancio acumulado y la dificultad para confiar o pedir ayuda, más que a la ausencia objetiva de relaciones sociales.
- La salud familiar se vive de forma ambivalente: la familia actúa como un anclaje emocional y una fuente de sentido, pero también como un espacio de preocupación constante, carga emocional y responsabilidad transnacional, especialmente cuando existe dependencia económica.
- La migración transforma profundamente los vínculos familiares y favorece la aparición de “familias elegidas”, en las que amistades, vecinas, compañeras y redes comunitarias asumen funciones de cuidado y apoyo tradicionalmente asociadas a la familia de origen.
- La salud de pareja emerge como una dimensión crítica del bienestar: mientras algunas relaciones funcionan como espacios de apoyo mutuo y cuidado, otras se convierten en ámbitos de desgaste, control o violencia, intensificados por la precariedad laboral y la dependencia económica o administrativa.
- La situación administrativa irregular refuerza dinámicas de autosuficiencia forzada y cautela relacional, limitando la posibilidad de pedir ayuda, establecer relaciones de confianza y romper vínculos dañinos, lo que incrementa la vulnerabilidad social.
- El tiempo de residencia en España no garantiza una mejora automática de la salud social. Con el paso de los años, el desgaste vital, la sobrecarga de responsabilidades y la ausencia de espacios comunitarios estables pueden reforzar procesos de aislamiento y debilitamiento de las redes.
- El racismo y la discriminación actúan como determinantes directos de la salud social, generando retraimiento, desconfianza y exclusión, y dificultando la construcción de vínculos seguros en los ámbitos laboral, educativo y comunitario.
- Los espacios colectivos y comunitarios emergen como factores de protección clave, al facilitar vínculos horizontales, reconocimiento mutuo y sentido de pertenencia, evidenciando que la salud social, familiar y relacional requiere políticas públicas y estrategias comunitarias que generen espacios de cuidado.

Salud económica, laboral y administrativa

La salud económica, laboral y administrativa constituye un eje estructural del bienestar de las mujeres migradas, al configurar las condiciones materiales desde las que se sostienen o se limitan el resto de dimensiones de la salud integral. En este sentido, la precariedad laboral, la inestabilidad administrativa y la inseguridad económica operan como determinantes sociales de la salud que estructuran la experiencia migratoria y condicionan de manera profunda la vida cotidiana y los márgenes de bienestar de las mujeres.

Qué se entiende por la salud económica, laboral y administrativa

Las mujeres entienden la salud económica, laboral y administrativa como una base imprescindible para poder sostener la vida cotidiana y el resto de dimensiones de la salud. No se concibe únicamente como tener ingresos, empleo o documentación, sino como la posibilidad real de vivir con estabilidad, previsión y menor carga de preocupación constante.

La **salud económica** se asocia principalmente a poder cubrir las necesidades básicas y no vivir en una situación permanente de angustia por el dinero. Más que la idea de prosperar, aparece vinculada a no estar siempre contando, a llegar a fin de mes y a poder afrontar imprevistos sin desbordarse emocionalmente.

“La tranquilidad económica es no estar todo el día pensando si vas a poder pagar o no.” (Grupo de discusión, Sevilla)



La **salud laboral** se define en términos de dignidad y sostenibilidad. Las mujeres la relacionan con tener un trabajo que permita vivir sin deteriorar el cuerpo ni la salud emocional, con horarios compatibles con la vida y una mínima estabilidad. El trabajo aparece menos como un espacio de realización personal y más como una necesidad que, cuando es precaria, se convierte en una fuente constante de desgaste.



“El problema no es trabajar, es trabajar así, sin parar y sin seguridad.” (Grupo de discusión, Huelva)

La **salud administrativa** emerge como un eje transversal que condiciona de forma directa las anteriores. Tener o no tener documentación se vive como una frontera que marca el acceso al empleo, a los derechos y a la posibilidad de planificar la vida. La situación administrativa irregular aparece asociada al miedo, la inseguridad y la imposibilidad de relajarse, mientras que la regularización no elimina la precariedad, pero sí permite bajar el nivel de alerta constante.

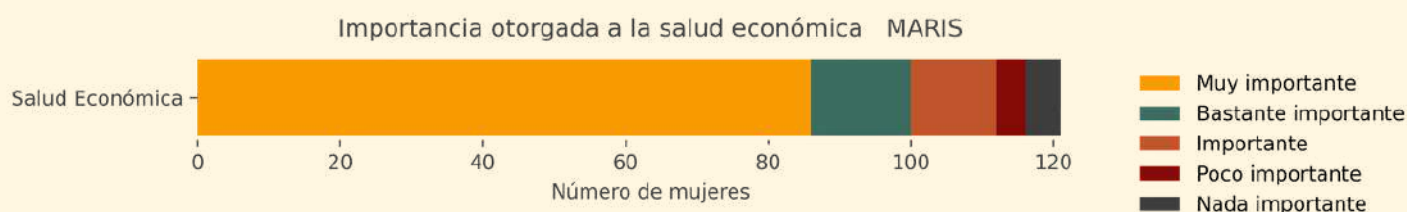
“Mientras no tienes papeles estás todo el rato con estrés, no te puedes relajar nunca.” (Madrid – Afrocolectiva)



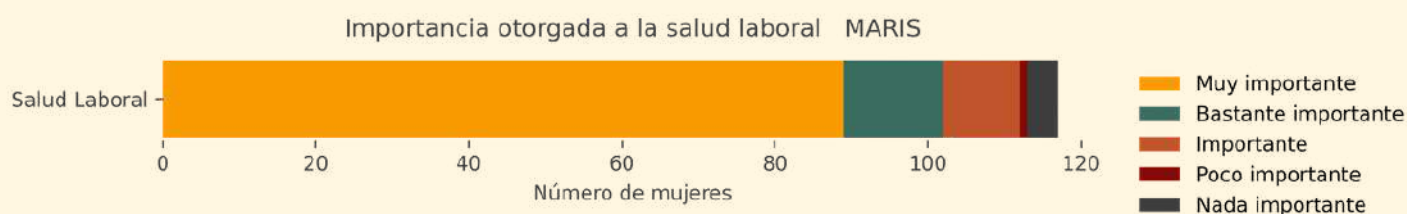
Qué importancia le otorgan a la salud económica, laboral y administrativa

Los datos cuantitativos muestran que la salud económica y la salud laboral se sitúan entre las dimensiones a las que las mujeres participantes conceden mayor importancia, por encima de otras áreas del bienestar.

La gráfica de importancia de la **salud económica** muestra que esta dimensión es considerada muy importante (71%) o bastante importante (12%) por una amplia mayoría de las mujeres, situándose entre los ejes prioritarios del bienestar. De igual manera, la categoría importante alcanza un 12 % de las valoraciones. La escasa presencia de respuestas en las categorías de poca (2%) o ninguna importancia (3%) refleja una conciencia clara del papel central que juega la estabilidad económica en la vida cotidiana. Este patrón indica que la seguridad material se percibe como una condición básica para reducir la preocupación constante y poder sostener el resto de ámbitos de la salud.



En el caso de la **salud laboral**, la gráfica evidencia también una alta valoración, con una concentración significativa de respuestas en las categorías de muy importante (76%) y bastante importante (11%). De igual manera la categoría importante alcanza un 9% de las valoraciones. La escasa presencia de respuestas en las categorías de poca (0%) o ninguna importancia (3%) refleja una conciencia clara del papel central que juega la estabilidad laboral en la vida cotidiana. El trabajo aparece así como un elemento clave no solo para generar ingresos, sino para estructurar la vida diaria, aportar estabilidad y reducir la incertidumbre.



Esta alta valoración responde a su carácter estructural: la estabilidad económica y laboral se percibe como una condición necesaria para sostener el resto de ámbitos de la salud, incluyendo el bienestar emocional, las relaciones sociales y el cuidado físico.

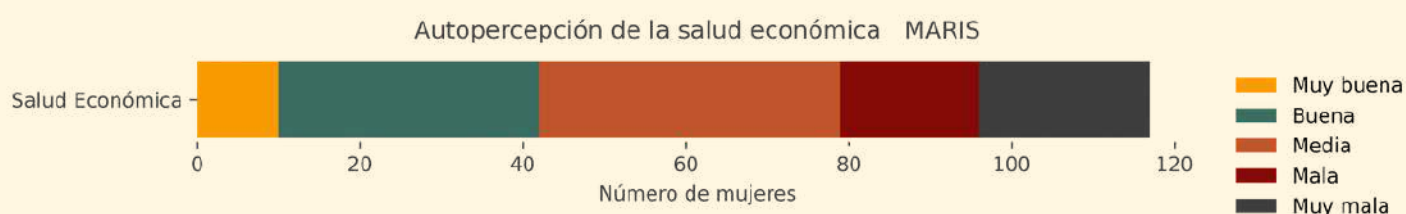
La **salud administrativa**, aunque no se mide de forma directa en términos de importancia en la encuesta, emerge en los discursos como un determinante transversal que condiciona de manera decisiva la salud económica y laboral. Tener o no tener una situación administrativa regular se asocia a la posibilidad de acceder a empleo, derechos y recursos, y aparece como un factor clave en la percepción de seguridad y control sobre la propia vida.

La elevada importancia otorgada a la salud económica y laboral, junto con el peso estructural de la dimensión administrativa, refleja una conciencia clara de que el bienestar no puede sostenerse sin condiciones materiales mínimas y sin la garantía de unos derechos básicos.

Estado de la salud económica, laboral y administrativa autopercebido

Los datos cuantitativos muestran que la autopercepción de la salud económica y laboral se concentra mayoritariamente en valores bajos e intermedios, con una presencia reducida de valoraciones positivas. En comparación con la elevada importancia otorgada a estas dimensiones, la percepción del bienestar real resulta claramente más negativa, evidenciando una brecha estructural muy significativa entre lo que estas áreas representan y las condiciones reales en las que se viven.

En el caso de la **salud económica**, la gráfica de autopercepción refleja una concentración elevada de respuestas en las categorías de regular (31%) y mala (32%). Las valoraciones positivas representan el 37%, lo que indica que muchas mujeres viven su situación económica como inestable y generadora de preocupación constante. Esta percepción aparece claramente en los relatos, donde el dinero se asocia a ansiedad, inseguridad y dificultad para planificar.



La **salud laboral** presenta un patrón similar, con una autopercepción mayoritariamente contenida. Aunque algunas mujeres valoran positivamente (48%) su situación cuando logran cierta estabilidad, el peso de la precariedad, la temporalidad y la exigencia constante se refleja en un predominio de valoraciones regulares (18%) y malas (33%). Tener empleo no se traduce automáticamente en bienestar laboral.



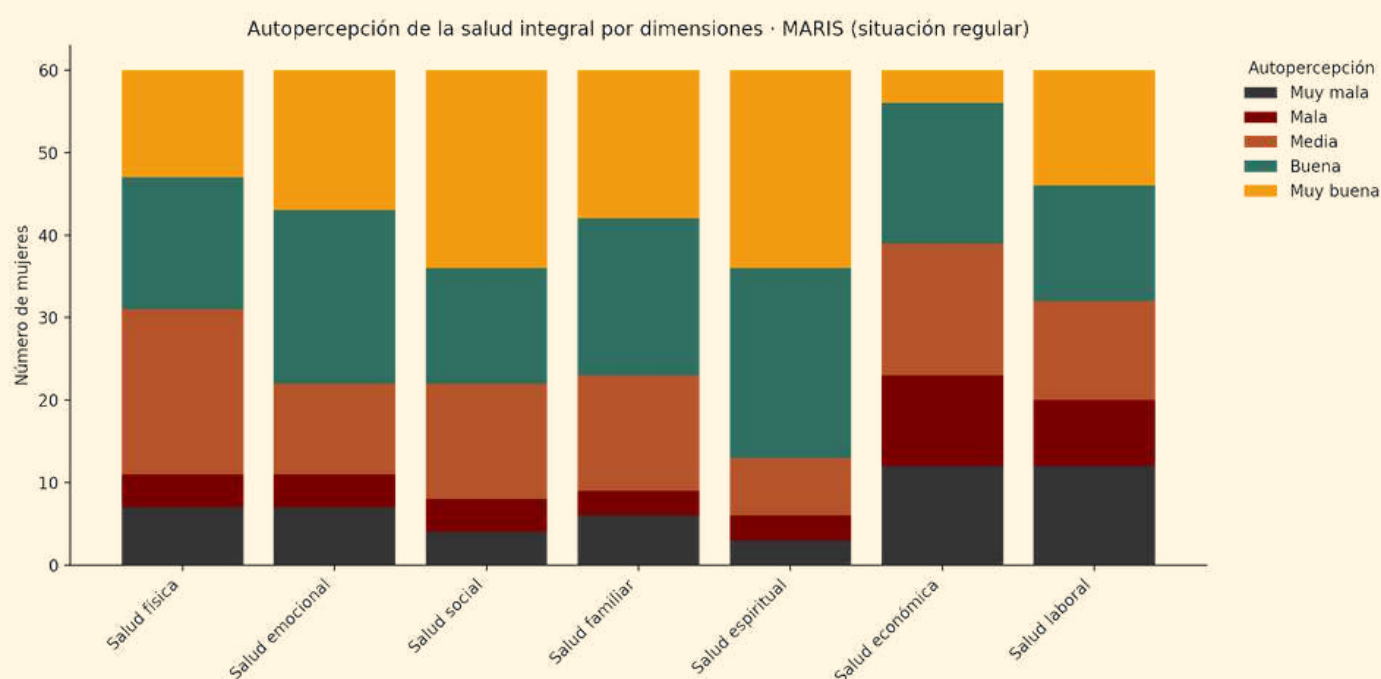
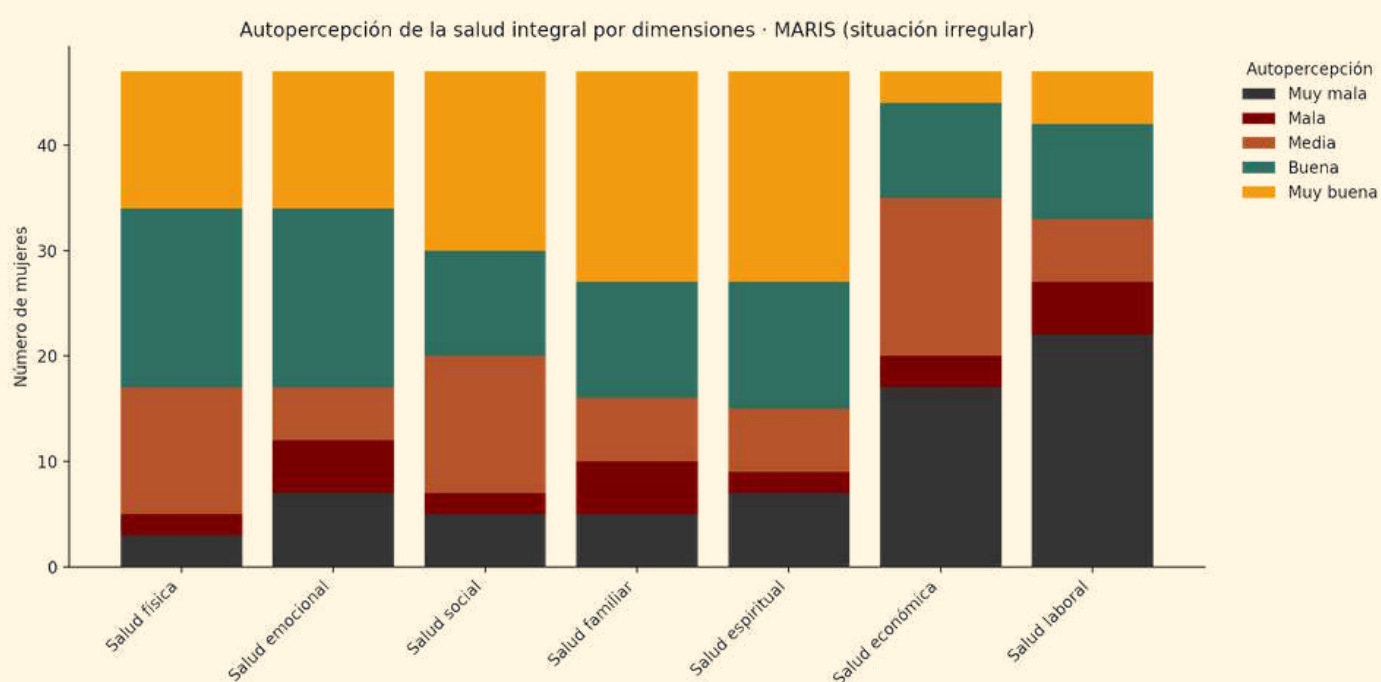
La dimensión administrativa, aunque no se recoge como variable independiente de autopercepción, atraviesa de forma directa ambas experiencias. La comparación de la autopercepción de la salud integral según situación administrativa permite observar el impacto transversal que tiene la regularidad o irregularidad administrativa sobre el bienestar de las mujeres migradas. Las gráficas diferenciadas entre situación regular e irregular muestran que la situación administrativa no afecta únicamente a la salud económica y laboral, sino que condiciona de forma más amplia el equilibrio emocional, social y vital.

En el caso de las mujeres en situación administrativa irregular, las dimensiones con mejor valoración son la salud espiritual, familiar y social, donde entre el 70% y 75 % de las participantes manifiestan percepciones positivas (buena o muy buena). Esto sugiere que, aun en contextos de vulnerabilidad administrativa, las mujeres encuentran en la espiritualidad, los vínculos familiares y las redes sociales importantes fuentes de contención, resiliencia y apoyo emocional.

La salud física presenta una valoración moderadamente favorable, con cerca del 64% de percepciones positivas. No obstante, se identifica un grupo relevante con percepción media o negativa, lo que podría estar asociado a condiciones laborales exigentes, barreras de acceso a servicios de salud y estrés acumulado.

En la salud emocional, aunque predomina una valoración positiva (63%), se observa una proporción considerable de percepciones negativas (26%), lo que evidencia un impacto emocional significativo asociado a la incertidumbre, la precariedad y la presión psicosocial propia de la irregularidad administrativa.

Las dimensiones más críticas son la salud económica y la salud laboral. En ambas se concentran los mayores porcentajes de percepción negativa: aproximadamente un 42% en salud económica y un 57% en salud laboral califican estas dimensiones como malas o muy malas. Estos resultados reflejan condiciones de inestabilidad laboral, ingresos insuficientes, informalidad y limitadas oportunidades de inserción, que afectan directamente la percepción de bienestar.



Entre las mujeres en situación administrativa regular, las dimensiones con mejor valoración son la salud espiritual, social y familiar, donde entre el 62% y 78% de las participantes manifiestan percepciones positivas (buena o muy buena). Esto sugiere que la estabilidad administrativa favorece la consolidación de redes sociales, el fortalecimiento del apoyo familiar y el desarrollo de recursos personales asociados a la espiritualidad.

La salud física y emocional presentan una valoración intermedia, con alrededor del 48% al 57% de percepciones positivas, aunque se mantiene una proporción relevante de valoraciones medias y negativas. Este patrón podría reflejar una mayor conciencia y autocrítica respecto al propio estado de salud, derivada de un mayor acceso a servicios y controles médicos.

Las dimensiones más vulnerables continúan siendo la salud económica y laboral, donde se concentran los mayores porcentajes de percepciones negativas. En salud económica, cerca del 38% de las participantes la califica como mala o muy mala, mientras que en salud laboral este porcentaje alcanza aproximadamente el 33%. Estos datos reflejan que, aún en situación regular, persisten desafíos estructurales vinculados al empleo, la estabilidad financiera y las condiciones laborales.

La comparación entre ambas situaciones revela que la salud económica y laboral es el ámbito donde la brecha entre regularidad e irregularidad administrativa es más acusada, mientras que otras dimensiones, como la salud espiritual o social, muestran diferencias menos extremas. Sin embargo, incluso en estas áreas, la situación administrativa influye en la posibilidad de sentirse estable, acompañada y con margen para el autocuidado.

Las gráficas ponen de manifiesto que la situación administrativa actúa como un determinante estructural del bienestar, con efectos directos sobre la salud económica y laboral y efectos indirectos sobre el resto de dimensiones de la salud integral. La regularización mejora las condiciones de partida y el reconocimiento del propio malestar, pero no revierte por sí sola el desgaste acumulado, mientras que la irregularidad sitúa a las mujeres en un escenario de mayor vulnerabilidad transversal.

Vivencias y experiencias en torno a la salud económica, laboral y administrativa

Las vivencias en torno a la salud económica, laboral y administrativa están marcadas por la preocupación constante, la incertidumbre y la necesidad de sostener la vida en condiciones de precariedad prolongada. Más que como un ámbito de bienestar, estas dimensiones se viven como un espacio de tensión continua, donde la estabilidad aparece siempre como frágil y provisional.

Una de las experiencias más recurrentes es la preocupación económica permanente, que no se limita a momentos puntuales de dificultad, sino que acompaña el día a día y condiciona el descanso, la toma de decisiones y el bienestar emocional.



“No es que haya una crisis puntual, es vivir siempre con la sensación de que no llegas.” (Grupo de discusión, Málaga)

Esta preocupación se intensifica cuando el trabajo no garantiza estabilidad económica. Muchas mujeres relatan que, aun teniendo empleo, no logran sentirse tranquilas ni seguras, lo que genera una sensación de esfuerzo constante sin recompensa real.

“Aunque estés trabajando, no estás tranquila, porque sabes que en cualquier momento se puede acabar.” (Grupo de discusión, Sevilla)



En el **plano laboral**, las experiencias están atravesadas por el miedo a perder el empleo o a no estar “a la altura”, especialmente en contextos de alta exigencia y escaso reconocimiento. El trabajo se vive como una obligación que requiere estar siempre alerta



“Sientes que no puedes bajar la guardia, porque cualquier cosa puede ser motivo para echarte.” (Grupo de discusión, Madrid - La Parcería)

La **situación administrativa** aparece como un factor que agrava y atraviesa todas estas vivencias. La falta de documentación se asocia a una vida en estado de tensión permanente, donde incluso trabajar no elimina el miedo ni la inseguridad.

“Cuando no tienes papeles, vives siempre con miedo. Aunque estés trabajando, si no tienes papeles, nunca estás tranquila.” (Grupo de discusión, Huelva)



Incluso cuando se alcanza la regularización administrativa, los relatos muestran que el alivio no es inmediato ni total. La estabilidad legal reduce el miedo, pero deja al descubierto el cansancio acumulado y las secuelas de años de precariedad.



“Con papeles sigues trabajando igual de duro, pero ya no vives con ese miedo todo el tiempo.” (Grupo de discusión, Sevilla)

La frustración emerge como un sentimiento transversal, vinculado a la sensación de esfuerzo continuo sin posibilidad real de avanzar o planificar a largo plazo.

“Todo depende de los papeles: el trabajo, la casa, estudiar... todo.” (Grupo de discusión, Madrid – La Parcería)



Los relatos muestran que la salud económica, laboral y administrativa no se vive como una dimensión más, sino como la prioritaria frente a otras dimensiones.



“Antes tienes que comer y pagar el alquiler. Luego ya piensas en cómo estás.” (Grupo de discusión, Valladolid)

Cuando estas condiciones no están garantizadas, las mujeres describen una vida centrada en la supervivencia, donde el bienestar queda necesariamente postergado.



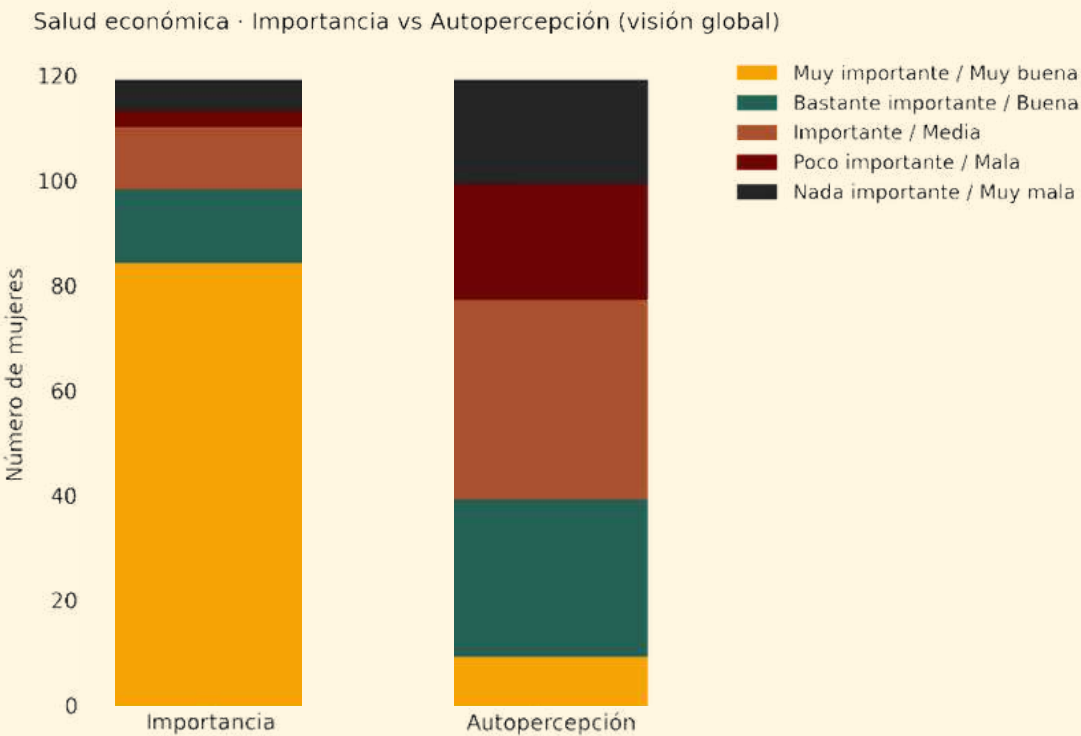
“Hasta que no tienes lo mínimo asegurado, no existe la salud.”
(Grupo de discusión, Sevilla)

Las vivencias muestran que la energía se destina a resistir, adaptarse y seguir adelante. La precariedad no aparece como un episodio puntual, sino como una condición estructural que se acumula en el tiempo y condiciona el resto de dimensiones del bienestar.

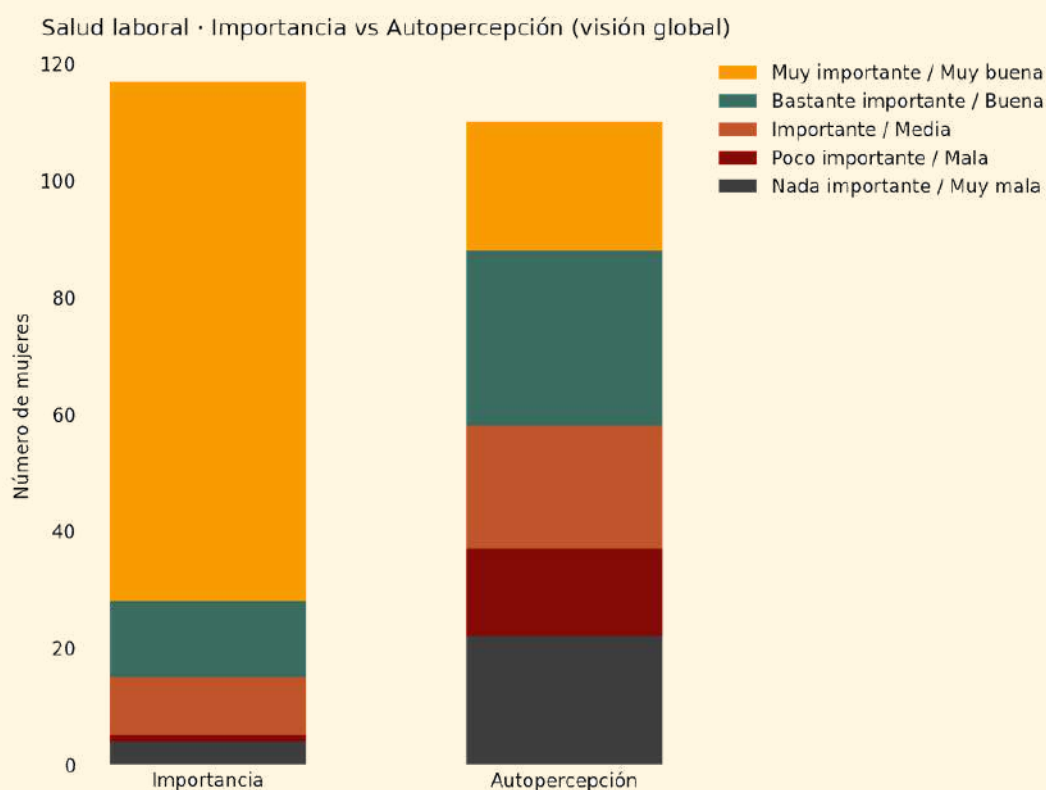
Lectura interpretativa del eje de salud económica, laboral y administrativa

El análisis de la salud económica, laboral y administrativa muestra un eje estructural que condiciona de forma profunda el resto de dimensiones del bienestar de las mujeres migradas. Aunque estas áreas se reconocen como fundamentales para la estabilidad vital, los datos cuantitativos evidencian una autopercepción mayoritariamente intermedia o negativa, reflejo de trayectorias marcadas por la precariedad, la incertidumbre y la falta de control sobre las condiciones materiales de vida. La comparación entre importancia y autopercepción pone de manifiesto una brecha persistente: contar con ingresos, empleo o documentación no se traduce automáticamente en bienestar.

En el caso de la **salud económica**, la gráfica muestra una distancia especialmente acusada entre la alta importancia atribuida y una autopercepción claramente debilitada. Las valoraciones se concentran en categorías medias y negativas. La dificultad para cubrir necesidades básicas, la imposibilidad de ahorrar o planificar a medio plazo y la sensación de vivir “al día” configuran una experiencia económica frágil y provisional.



En la **salud laboral**, aunque la autopercepción es ligeramente menos negativa que la económica, persiste una brecha clara entre la importancia del trabajo y el bienestar realmente experimentado. La gráfica refleja un peso elevado de valoraciones intermedias y malas, junto a una presencia limitada de percepciones positivas. El empleo se vive principalmente como una obligación necesaria para sostener la vida, más que como un espacio de seguridad o realización. La exigencia constante, el miedo a perder el puesto, la falta de derechos o el escaso reconocimiento erosionan el bienestar laboral y generan desgaste sostenido. La situación administrativa atraviesa esta dimensión de forma decisiva, ampliando la vulnerabilidad y obligando a aceptar condiciones que no serían toleradas en contextos de mayor estabilidad.



Las gráficas de autopercepción según situación administrativa muestran diferencias claras entre mujeres en situación regular e irregular. La irregularidad se asocia a peores valoraciones globales de la salud, especialmente en las dimensiones económica y laboral, pero también impacta de forma indirecta en la salud emocional, social y familiar. Al mismo tiempo, la regularización no supone una mejora automática del bienestar: reduce el miedo inmediato, pero permite que emerja con mayor claridad el cansancio acumulado tras años de precariedad sostenida.

Este eje, en mayor medida que los anteriores, pone de manifiesto que la salud económica, laboral y administrativa no puede abordarse como una suma de factores individuales, sino como un entramado estructural y sistémico que organiza la experiencia migratoria. La precariedad prolongada se normaliza y se convierte en un estado permanente de supervivencia, donde la planificación a medio y largo plazo resulta casi imposible.

Desde una perspectiva de salud integral, es requisito imprescindible atender a las desigualdades existentes; mejorar estas dimensiones implica actuar sobre las condiciones materiales, los derechos laborales y la estabilidad administrativa, reconociendo que sin seguridad económica, laboral y legal no es posible sostener un bienestar real ni duradero.

En resumen

- Este eje funciona como infraestructura del bienestar: ordena las posibilidades reales de cuidado y condiciona especialmente la salud emocional, física y social.
- Aunque no siempre se nombra como “salud” en términos simbólicos, es el núcleo más determinante: su autopercepción es de las más bajas y muestra una brecha estructural entre necesidades materiales y condiciones efectivas de vida.
- La salud económica se expresa como inestabilidad crónica, vivir “al día”, sin margen para planificar, descansar ni amortiguar imprevistos; esa presión opera como desgaste sostenido y no como episodio puntual.
- La salud laboral se vive desde la precariedad y la exigencia, con fuerte carga física y emocional, y atravesada por sectores feminizados y poco protegidos donde hay escasa capacidad de negociación y alto riesgo de abuso
- Tener empleo no equivale a bienestar laboral: la amenaza de perder el trabajo, “no estar a la altura” y la falta de reconocimiento sostienen una lógica de vigilancia y autoexigencia que cronifica el malestar.
- La situación administrativa es el determinante clave que articula el resto: no se vive como trámite, sino como frontera de derechos y como bloqueo vital, afectando empleo, vivienda, formación y posibilidad de proyectar futuro.
- La irregularidad administrativa intensifica el miedo y la inseguridad, reforzando estrategias de aguante que invisibilizan el desgaste mientras haya que “tirar”, con impacto directo en la salud emocional y social.
- Las diferencias regular/irregular no solo reflejan condiciones objetivas distintas, también modos de nombrar el malestar: la precariedad extrema reduce el margen para identificarlo; la estabilidad relativa permite reconocerlo.
- La regularización no repara automáticamente el daño acumulado, pero sí reduce el estado de alerta y hace aflorar cansancio y efectos emocionales previamente silenciados.
- La precariedad material desplaza el autocuidado: cuando falta lo mínimo, el cuerpo, la mente y las relaciones quedan subordinadas a la supervivencia cotidiana, reforzando el deterioro físico y emocional.
- La ausencia de derechos consolida autosuficiencia forzada y aislamiento, dificultando pedir ayuda, sostener redes y salir de vínculos laborales o relacionales dañinos.
- Este eje demuestra los límites del enfoque individual: mejorar la salud integral exige respuestas estructurales (derechos laborales, seguridad administrativa y estabilidad económica) como condición para cuidar cuerpo, mente y vínculos.

4 Barreras y Factores de Riesgo



Barreras individuales

El análisis cualitativo pone de relieve que las barreras individuales para el autocuidado en salud integral se viven en el día a día de las mujeres migradas como sobrecarga constante, falta de tiempo propio, autocuidado postergado, desgaste físico y emocional, barrera lingüística y dificultad para poner límites. Lejos de responder a elecciones personales aisladas, estas barreras muestran cómo las condiciones sociales, laborales, migratorias y de género se acumulan y se encarnan en los cuerpos, los ritmos de vida y las trayectorias vitales de las mujeres.

Sobrecarga vital y falta de tiempo

La falta de tiempo aparece como una constante transversal. Las mujeres describen días completamente ocupados por el trabajo, las tareas domésticas, los cuidados y las gestiones, sin margen real para el descanso o el autocuidado.

“Lo primero que hago al levantarme es poder recoger un poco mi casa, ir a hacer la compra, volver, hacerme la comida y ya a la 1 tengo que estar saliendo de casa y es estar todo el día en el trabajo, volver, cenar, rezar e irme a dormir para que al día siguiente pues lo mismo.” (Marruecos, 28 años)



La ausencia de tiempo propio genera sensación de agotamiento continuo y de imposibilidad de atender las propias necesidades.



***“Siempre estás cuidando a otros y tú quedas para después.”
(Grupo de discusión, Málaga)***

Autocuidado postergado y normalización del malestar

El autocuidado aparece como algo reconocido como necesario, pero sistemáticamente postergado.

“Pues la verdad lo he dejado bastante de lado, o sea, no estoy haciendo nada para intentar conectar conmigo. Apenas hace unos días me doy cuenta que lo debería de hacer.” (Rumanía, 20 años)



El malestar físico y emocional se asume como algo “normal” dentro de la vida cotidiana, lo que dificulta su identificación temprana como problema de salud y retrasa la búsqueda de apoyo. Muchas mujeres señalan que solo toman conciencia de esta falta cuando el malestar ya es intenso



***“Te das cuenta cuando ya estás muy mal, agotada, cuando ya no puedes más.”
(Colombia, 41 años)***

Desgaste físico y cansancio crónico

El cuerpo aparece como un espacio central donde se acumulan en el tiempo los efectos del trabajo físico, los cuidados y la sobrecarga cotidiana. Las mujeres relatan dolores persistentes lo que incrementa el riesgo de cronificación y deterioro de la salud física.

“Yo me he venido desde el país sana y he trabajado en el campo casi 20 años y al final, el campo te deja muchísimo dolor de todo el cuerpo.”

(Grupo de discusión, Huelva)



Este desgaste se vive como cansancio crónico asociado a años de trabajo y de cuidados.



“Desde que llegué en España, desde el 2003 me he dedicado a los peinados... ahora ya un día me duele la espalda, otro día el hombro, otro día los pies.”

(Senegal, 44 años)

Desgaste emocional y preocupación constante

Las participantes muestran niveles elevados de ansiedad, agotamiento mental y crisis emocionales, estrechamente ligados al ritmo de vida, al trabajo y a la presión constante.

“El desencadenante de la crisis que yo tengo ahorita es porque tantas horas frente a un ordenador trabajando me ha llevado al borde. Vivo en este momento para trabajar.” ***(Colombia, 41 años)***



En algunos casos, este desgaste deriva en aislamiento prolongado y síntomas graves. Este malestar no aparece vinculado a fragilidad individual, sino unido a muchos factores como a contextos de exigencia sostenida, ritmos laborales intensivos y ausencia de descanso.



“Me he tirado cerca de un año y pico sin salir de casa, con ansiedad, con ataques de pánico, llorando por todo.” ***(Chile, 43 años)***

Autoexigencia y culpa

Varias mujeres relatan una alta autoexigencia y dificultades para identificar cuándo una situación deja de ser sostenible, manteniéndose en contextos dañinos durante largos periodos. La dificultad para poner límites se vincula al miedo, la necesidad económica y la ausencia de red de apoyo.

“Aguanté un año y medio en ese trabajo y la verdad es que no saqué nada bueno de ello. Te vas jodiendo la psico. Empiezas a dejar que te sucedan cosas que no deben suceder.” ***(Chile, 43 años)***



La autoexigencia y el aguante prolongado se acompañan frecuentemente de sentimientos de culpa cuando no se llega, no se puede o se intenta priorizar el propio bienestar.



“Cuando pienso en mí me siento egoísta.”
(Grupo de discusión, Huelva)

Barrera lingüística

La dificultad con el idioma emerge como una barrera individual central que no opera únicamente como dificultad comunicativa, sino como un factor que incrementa la vulnerabilidad, la dependencia y el riesgo de trato desigual en el acceso a derechos básicos.

“Fui con mi hija al dentista y el médico me dijo fuera, fuera, porque no hablo español. El idioma es un problema muy grande. No nos entienden y eso hace que no nos atiendan bien.” ***(Grupo de discusión, Huelva)***



Barreras sociales

Las barreras sociales aparecen de forma reiterada en los testimonios como un factor de riesgo central que atraviesa la salud integral de las mujeres migradas. Se expresan en experiencias de aislamiento, ruptura de vínculos, rechazo social, racismo y discriminación cotidiana, así como en la desigualdad en el trato en espacios comunitarios e institucionales.

Estas barreras impactan directamente en el bienestar emocional, la autoestima y el sentimiento de pertenencia, condicionando la posibilidad de construir vínculos, redes y proyectos de vida en el contexto migratorio.

Aislamiento social, soledad y ausencia de red

La soledad aparece como una experiencia frecuente, especialmente en los primeros años tras la migración, pero también en trayectorias más largas. Muchas mujeres relatan la ausencia de red, la dificultad para generar vínculos estables y la sensación de estar solas frente a los problemas.

“No es lo mismo tener gente alrededor que tener apoyo de verdad.”
(Grupo de discusión, Oviedo)



La falta de red incrementa la vulnerabilidad frente a situaciones de crisis, enfermedad, dificultades económicas y violencias; limitando la posibilidad de pedir ayuda.



“Cuando estás sola y te pasa algo, te das cuenta de que no tienes a nadie.”
(Grupo de discusión, Sevilla)

Ruptura de vínculos, duelos migratorios y desarraigo

La migración implica dejar atrás familia, amistades y referentes afectivos. Esta ruptura aparece como una carga emocional constante que condiciona la salud social y emocional.

“Mi familia está lejos, mis amigos están lejos. (Colombia, 25 años)”



En algunos casos, el duelo migratorio se cronifica y se suma a otras dificultades, generando un sentimiento persistente de desarraigo.



“Hay cosas que no se sustituyen nunca.” (Grupo de discusión, Oviedo)

Rechazo social, estigmatización y ocultamiento

Varias mujeres relatan experiencias explícitas de rechazo en relaciones sociales, afectivas o comunitarias, vinculadas a su origen, situación o condiciones materiales. Este rechazo conduce con frecuencia a estrategias de ocultamiento.

“Cuando fui a hablar de mi situación, se fueron. ‘Eres una chica muy encantadora, pero eres un problema’. Ya has notado rechazo, entonces prefieres mentir y ya está.” (Brasil, 37 años)



La situación administrativa o la falta de trabajo funcionan como marcadores sociales de valor, generando vergüenza, desvalorización y exclusión simbólica.



“Cuando dices que no tienes papeles, es como si valieras menos. Te tratan diferente, te hablan diferente, como si no fueras de aquí.” (Grupo de discusión, Málaga)

Racismo y discriminaciones cotidianas

El racismo y la discriminación aparecen de forma transversal en múltiples ámbitos: calle, trabajo, servicios y relaciones cotidianas. Estas experiencias afectan profundamente a la autoestima y al sentimiento de pertenencia.

“Parece que no eres gente. Parece que soy un bicho. Yo creo por el facto de ser extranjera y estar irregular.” (Brasil, 37 años)



En el caso de mujeres racializadas, el racismo se manifiesta también a través de miradas, comentarios y actitudes de desconfianza o infantilización.



“Los clientes siempre se dirigen a mi compañera porque se creen que yo no voy a saber atenderlos. Siempre sueltan el típico comentario de ‘qué bien hablas español.’” (Marruecos, 28 años)

Desigualdad en el trato social e institucional

Las barreras sociales se refuerzan cuando las mujeres perciben trato desigual, falta de escucha o desconfianza en espacios institucionales y comunitarios, especialmente cuando acuden solas.

“Hay gente buena, pero hay gente que no... no te escucha. Cuando voy sola no me hacen caso, pero si voy acompañada sí.” (Brasil, 37 años)



Estas situaciones obligan a un esfuerzo constante de demostración de valía, generando desgaste emocional.



“Te hacen sentir que tienes que agradecer cualquier cosa, incluso que te traten normal.” (Grupo de discusión, Madrid - Afrocolectiva)

Barreras económicas y laborales

Las barreras económicas y laborales constituyen uno de los principales factores de riesgo para la salud integral de las mujeres migradas. En los testimonios analizados, la inseguridad económica estructural, las condiciones laborales precarias y abusivas y el papel del trabajo como eje de supervivencia, dignidad y valor social aparecen de forma reiterada como fuentes directas de estrés, ansiedad, desgaste físico y deterioro emocional. La situación administrativa irregular atraviesa y agrava todos estos ejes, intensificando la vulnerabilidad y limitando las posibilidades de protección.

Inseguridad económica estructural

La falta de estabilidad económica se vive como una preocupación constante que ocupa el pensamiento cotidiano y condiciona el bienestar emocional. No se trata de episodios puntuales, sino de una inseguridad material sostenida.

“Si no tienes cómo pagar el alquiler, cómo pagar las facturas o cómo comprarte algo, eso genera también un estrés increíble, ansiedad y depresión, de estar pensando cómo conseguir dinero.” (Rumania, 20 años)



La imposibilidad de generar ahorro aparece como una consecuencia directa de esta inseguridad, aumentando la vulnerabilidad ante cualquier imprevisto.



“Vives con el miedo constante de que pase cualquier cosa y no poder afrontarla.” (Grupo de discusión, Sevilla)

Condiciones laborales precarias y abusivas

Numerosos testimonios describen condiciones laborales marcadas por la precariedad, la informalidad y el abuso, especialmente en contextos de necesidad económica o irregularidad administrativa

“He visto a compañeras sin papeles trabajar 12 o 13 horas por 4,50 la hora.” (Chile, 43 años)



El miedo a perder el empleo actúa como un mecanismo de silenciamiento, impidiendo denunciar abusos o abandonar entornos laborales dañinos.



“No denuncias porque sabes que te quedas sin trabajo.” (Grupo de discusión, Málaga)

Trabajo como eje de supervivencia, dignidad y valor social

El trabajo no aparece únicamente como fuente de ingresos, sino como un marcador central de valor social, reconocimiento y autonomía personal. Tener o no tener empleo condiciona la forma en que las mujeres son miradas, tratadas y valoradas socialmente, pero también la manera en que se perciben a sí mismas.

La ausencia de trabajo o la imposibilidad de acceder a un empleo digno se vive como desvalorización personal, vergüenza y pérdida de estatus.

“Te da vergüenza decir que no tienes papeles o que no trabajas, porque sabes que te van a juzgar. Es como sentir que no estás a la altura.”

(Grupo de discusión, Sevilla)



La falta de empleo o de ingresos propios se vincula además a situaciones en las que las mujeres dependen de una pareja para cubrir sus necesidades básicas. La dependencia económica se vive así como un factor de riesgo estructural y aparece en los testimonios como una fuente de inseguridad, pérdida de autonomía y alto riesgo, al limitar la capacidad de decisión y aumentar la vulnerabilidad frente a situaciones de control, abuso o violencias.



“Si no tienes tu propio dinero, tienes que aguantar muchas cosas.”

(Grupo de discusión, Málaga)

Situación administrativa como factor agravante

La situación administrativa irregular o inestable atraviesa y amplifica todas las barreras económicas y laborales descritas previamente, limitando el acceso a empleo formal y aumentando la exposición al abuso.

“Aceptas lo que sea porque no tienes otra.” (Grupo de discusión, Sevilla)



La imposibilidad de trabajar legalmente refuerza la dependencia económica, el aislamiento y el deterioro de la salud mental.



“Te sientes atrapada, sin salida.” (Grupo de discusión, Oviedo)

Barreras administrativas y legales

Las barreras administrativas y legales constituyen uno de los factores de riesgo más determinantes en la vida de las mujeres migradas, al condicionar de manera directa su acceso efectivo a derechos, su autonomía personal y su salud integral. Los testimonios analizados muestran cómo la situación administrativa irregular, la complejidad burocrática, la desinformación, las esperas prolongadas y el trato discriminatorio no operan como obstáculos puntuales, sino como dinámicas institucionales que generan bloqueo vital, sufrimiento prolongado e indefensión.

Estas barreras no solo limitan el acceso a recursos básicos, sino que producen un impacto profundo y acumulativo en la salud mental, emocional y física, manteniendo a las mujeres durante años en estados de incertidumbre, dependencia y vulnerabilidad. A lo largo de este apartado, estas dinámicas se analizan como formas de violencia institucional, en tanto producen daño evitable y vulneración de derechos en la vida cotidiana.

Situación administrativa irregular como bloqueo vital

La falta de regularización aparece descrita como una situación de parálisis total, en la que no es posible avanzar en ningún ámbito de la vida cotidiana. La irregularidad administrativa bloquea proyectos vitales, limita la toma de decisiones y genera una sensación persistente de estar atrapada.

“Sin papeles no puedes hacer nada, nada. No puedes trabajar, no puedes estudiar, no puedes hacer un curso. No hay nada que hacer, solo aguantar.”

(Brasil, 37 años)



Esta situación se vive como una condena a la espera, con efectos acumulativos sobre la salud emocional y mental, y con una profunda sensación de pérdida de control sobre la propia vida.



“Estoy parada completamente por los papeles.”

(Grupo de discusión, Málaga)

Exclusión de derechos básicos: trabajo, formación y sanidad

La documentación se presenta como un requisito imprescindible para acceder a derechos básicos como el empleo. La falta de papeles deja fuera a muchas mujeres durante largos períodos, incluso años, reforzando la precariedad y la dependencia.

“Cuando estás enferma y te ponen problemas para atenderte, te sientes abandonada.” ***(Grupo de discusión Málaga)***



En el ámbito sanitario, aunque el sistema público es valorado, los testimonios muestran barreras administrativas reales que limitan el acceso efectivo a la atención, especialmente en situaciones de irregularidad.



“Yo tenía miedo de ir al hospital por no tener papeles. Fui a urgencias y no me atendieron. Fui con mi pasaporte y me dijeron que no, que necesitaba tarjeta sanitaria. No sabía y nadie me explicó nada. El embarazo estaba en la trompa y perdí al niño.” (Brasil, 37 años)

Burocracia, espera administrativa y desinformación

El empadronamiento aparece como un requisito central para iniciar procesos de regularización y acceso a derechos, pero también como un espacio marcado por la desinformación, el abuso y el bloqueo administrativo.

“Te dicen que hay recursos, pero cuando llegas te piden papeles, padrón, mil cosas que no tienes.” (Madrid, Afrocolectiva)



La falta de información clara y accesible, junto con prácticas abusivas, genera retrasos de años en los procesos administrativos y refuerza la sensación de indefensión frente al sistema.



“Cuando estás desesperada por los papeles, aparece mucha gente que se aprovecha. Te dicen que te pueden ayudar, que conocen a alguien, que tienen contactos, y tú no sabes si creer o no porque estás muy desesperada. Hay muchas redes que se aprovechan de eso, de la gente que no tiene información y está perdida.” (Chile, 43 años)

La espera prolongada aparece como elemento de desgaste emocional. Los tiempos administrativos largos, la falta de respuestas claras y la ausencia de acompañamiento deterioran la salud emocional, refuerza la sensación de abandono institucional y limita la capacidad de planificar la propia vida ante una incertidumbre permanente.

“No hay citas disponibles en extranjería. Intentas pedir cita y no hay, no hay nunca. Cada vez que entras al sistema te dice que no hay citas.” (China, 39 años)



Trato discriminatorio, miedo institucional y violencia policial

Las mujeres relatan experiencias reiteradas de trato deshumanizado y discriminatorio en instituciones clave como la administración, la sanidad o la policía, especialmente cuando acuden solas. Estas experiencias generan miedo institucional y desconfianza hacia los servicios públicos.



“Cuando vas a una oficina y no entiendes bien el idioma, te hablan mal, como si fueras tonta. No te explican las cosas, te dicen que vuelvas otro día y te vas sin saber qué hacer.” (Grupo de discusión, Málaga)

En el caso de mujeres racializadas, el control policial aparece como una experiencia frecuente y profundamente intimidante.

“Tú ves a la policía y ya te pones nerviosa, aunque no hayas hecho nada. A mí me han pedido los papeles muchas veces sin ningún motivo, solo por estar en la calle, nos para por ser negras, no hay otra explicación. No es una vez, son muchas, y al final eso te marca.” (Grupo de discusión, Madrid - Afrocolectiva)



Este contexto de miedo y desprotección frena la denuncia de abusos y vulneraciones de derechos, manteniendo situaciones de violencia y desigualdad.



“Al final prefieres no ir a ningún sitio, porque sabes que no te van a ayudar.” (Grupo de discusión, Oviedo)

Estas experiencias evidencian cómo las barreras administrativas y legales limitan el acceso a los derechos, además de generar miedo, silencio y retraimiento, configurando una forma de violencia institucional que afecta de manera directa y acumulativa la salud integral de las mujeres migrantes.

En resumen

- Las barreras que afectan a la salud integral de las mujeres migradas son estructurales, acumulativas y transversales, y operan de forma interrelacionada en los planos individual, social, económico-laboral y administrativo-legal.
- Las llamadas barreras individuales no responden a elecciones personales, sino a la internalización cotidiana de condiciones sociales, laborales, migratorias y de género que se encarnan en los cuerpos, los tiempos y las trayectorias vitales.
- La sobrecarga vital, la falta de tiempo propio y el autocuidado postergado generan un patrón sostenido de desgaste físico y emocional, normalización del malestar y riesgo de cronificación del dolor y el cansancio.
- La autoexigencia, el aguante prolongado y la culpa funcionan como mecanismos de adaptación a contextos de precariedad y falta de alternativas, dificultando la puesta de límites y aumentando la exposición a situaciones de abuso.
- La barrera lingüística incrementa la vulnerabilidad, la dependencia y el riesgo de trato desigual, afectando directamente al acceso a derechos básicos y a la relación con instituciones y servicios.
- El aislamiento social, la ruptura de vínculos y la ausencia de red aumentan la vulnerabilidad frente a crisis, enfermedad, violencias y precariedad, y limitan la posibilidad de pedir ayuda y sostener proyectos de vida.
- El racismo, la discriminación y la estigmatización social afectan profundamente a la autoestima, al sentimiento de pertenencia y a la salud emocional, generando estrategias de ocultamiento, silencio y retraimiento.
- La inseguridad económica estructural y la precariedad laboral constituyen factores de riesgo centrales para la salud, al generar estrés constante, ansiedad y deterioro físico y emocional, incluso en contextos de empleo.
- El trabajo opera como eje de supervivencia, dignidad y valor social, de modo que la falta de empleo o de ingresos propios refuerza la dependencia económica y la vulnerabilidad frente a violencias, especialmente en el ámbito de la pareja.
- La situación administrativa irregular actúa como un bloqueo vital que impide avanzar en proyectos personales, laborales y formativos, manteniendo a las mujeres en estados prolongados de espera, incertidumbre y pérdida de control.
- La burocracia, la desinformación y las esperas administrativas prolongadas funcionan como mecanismos de desgaste emocional e indefensión, favoreciendo abusos y retrasos estructurales con impacto directo en la salud.
- El trato discriminatorio, el miedo institucional y la violencia policial, especialmente hacia mujeres racializadas, generan desconfianza, retraimiento y renuncia a denunciar abusos, configurando formas de violencia institucional con impacto acumulativo en la salud integral.

5 Prácticas y factores de protección



Buenas prácticas y factores que protegen el bienestar

Este capítulo identifica los factores de protección que emergen de los relatos de las mujeres participantes del programa MARIS en relación con su salud integral. A diferencia de la Guía de Buenas Prácticas en Autocuidados del Programa MARIS, donde se recogen y desarrollan prácticas concretas, recomendaciones operativas y propuestas aplicables al día a día, este apartado no enumera acciones ni prescribe comportamientos. El foco se sitúa en un nivel analítico distinto: identificar qué condiciones, recursos, capacidades, vínculos y apoyos actúan como factores de protección, es decir, qué elementos reducen el impacto de los factores de riesgo, sostienen la vida cotidiana y previenen la cronificación del malestar en contextos de desigualdad estructural.

En este sentido, mientras que las buenas prácticas remiten a formas concretas de actuar, cuidarse o acompañarse, los factores de protección aluden a condiciones más amplias y estructurales —personales, relacionales, comunitarias e institucionales— que hacen posible que dichas prácticas existan, sean sostenibles y tengan un efecto real sobre el bienestar. Ambos niveles son complementarios, pero no equivalentes: las prácticas se apoyan en los factores de protección, y estos, a su vez, amplían o limitan el alcance de las prácticas. Es fundamental subrayar que muchos de los factores de protección identificados no dependen exclusivamente de la capacidad de agencia individual de las mujeres. La posibilidad de cuidarse, poner límites, acceder a información, sostener redes o atender el propio malestar está fuertemente condicionada por factores estructurales como la situación administrativa, las condiciones laborales, la disponibilidad de tiempo, la estabilidad económica, el acceso a servicios públicos y el trato institucional recibido. Por ello, este análisis evita cualquier lectura individualizante o culpabilizadora del bienestar.

Los factores de protección identificados no sustituyen la garantía de derechos ni neutralizan por sí solos las barreras analizadas en el capítulo anterior. Sin embargo, los testimonios muestran que amortiguan el daño, fortalecen la capacidad de afrontamiento y amplían los márgenes de agencia personal y colectiva, especialmente cuando se activan en relación con otras personas, con la comunidad y con instituciones que funcionan desde la dignidad, el cuidado y el acceso efectivo a derechos.

Los factores de protección analizados evidencian que la salud integral de las mujeres migradas no se sostiene únicamente desde el esfuerzo individual, sino desde la interacción entre recursos personales, vínculos significativos, redes comunitarias y condiciones estructurales. La protección aumenta cuando existen apoyo social, información clara, acompañamiento y condiciones laborales y administrativas dignas, y se debilita cuando la precariedad, la discriminación y la sobrecarga convierten la vida cotidiana en una lógica de supervivencia.

[ACCEDE A LA GUÍA](#)

Factores de protección individuales

Los factores de protección individuales aparecen en los relatos como capacidades, saberes y recursos internos que se desarrollan de forma progresiva a lo largo de las trayectorias vitales y migratorias, muchas veces tras experiencias de desgaste, enfermedad, crisis o acompañamiento.

Este apartado engloba factores de protección vinculados a diversas dimensiones de la salud integral: la salud física, la salud emocional, la salud menstrual, sexual y reproductiva, así como la salud espiritual. Todas estas dimensiones aparecen estrechamente interrelacionadas en los relatos, y no como compartimentos estancos.

Los factores de protección individuales permiten reducir la normalización del malestar, prevenir la cronificación del daño físico y emocional y ampliar la capacidad de toma de decisiones en la vida cotidiana. Sin embargo, su activación y sostenimiento dependen en gran medida de condiciones externas, por lo que no pueden entenderse ni evaluarse al margen de los contextos sociales, laborales y administrativos que atraviesan la vida de las mujeres migradas.

Autoconocimiento corporal y reconocimiento del propio estado de salud

El autoconocimiento y la capacidad de escuchar las señales del propio cuerpo aparecen en los testimonios como un factor de protección clave frente a la normalización del malestar físico y emocional. Identificar el cansancio, el dolor o la tensión permite reconocer límites, detectar situaciones de riesgo y ajustar los ritmos de vida en contextos de alta exigencia.

“Antes no sabía ni lo que me pasaba, solo aguantaba. Ahora cuando algo me duele o me pesa, intento pararme y escucharlo.” (Grupo de discusión, Sevilla)



El cuerpo se configura así como un indicador temprano de desgaste, cuya escucha contribuye a reducir la cronificación del dolor y del malestar.



“Si no escuchas el cuerpo, el cuerpo te para.” (Grupo de discusión, Huelva)

Conocer el ciclo menstrual, los cambios hormonales y nuestra sexualidad aparece como un factor protector clave para la salud física y emocional. Un mayor conocimiento del propio cuerpo se asocia a una mayor capacidad de adaptación y gestión del placer y del malestar.

“Cuando entendí mejor mi ciclo, entendí muchas cosas que me pasaban.” (Grupo de discusión, Valladolid)



La capacidad de diferenciar el origen del malestar físico o emocional aparece como un elemento protector en la relación con la salud y el sistema sanitario.



“Aprendí a diferenciar si era cansancio del cuerpo o si era ansiedad.”
(Grupo de discusión, Oviedo)

Asimismo, la posibilidad de nombrar el malestar y diferenciar su origen facilita una respuesta más ajustada y reduce interpretaciones culpabilizadoras del propio estado de salud.

“Antes pensaba que todo era cansancio físico, y luego me di cuenta de que muchas veces era emocional.” ***(Grupo de discusión, Málaga)***



Estrategias de regulación físico y afrontamiento emocional

Este autoconocimiento constituye la base sobre la que se desarrollan, de forma progresiva, estrategias propias de regulación y afrontamiento del malestar, que actúan como factores de protección frente al desgaste físico y emocional. Estas estrategias no responden a pautas homogéneas ni a recomendaciones externas, sino que se construyen a partir de la experiencia acumulada, el ensayo-error y el conocimiento de lo que a cada mujer le resulta posible y beneficioso en su contexto.

Las mujeres describen cómo, con el tiempo, aprenden a identificar señales tempranas de malestar y a activar respuestas que les permiten contenerlo, aliviarlo o atravesarlo sin llegar al colapso. Este proceso contribuye a reducir la intensidad y la duración de los episodios de malestar, y a prevenir su cronificación.



“Cuando empiezo a notar que estoy muy cargada, ya sé que tengo que parar un poco, porque si sigo igual luego me pasa factura.” ***(Grupo de discusión, Sevilla)***

En los relatos aparece de forma reiterada la idea de contar con una “caja de herramientas” personal, compuesta por acciones, rutinas o apoyos que cada mujer ha identificado como útiles cuando se encuentra mal, ya sea a nivel físico o emocional. Esta capacidad de reconocer qué ayuda y cuándo utilizarlo refuerza la autonomía en el cuidado y actúa como un amortiguador del estrés cotidiano.

“Cada una va encontrando lo que le sirve cuando está mal, porque no a todas nos funciona lo mismo.” ***(Grupo de discusión, Oviedo)***



Muchas mujeres encuentran bienestar en la espiritualidad, la conexión con la naturaleza y los rituales culturales o religiosos. Estos funcionan como fuentes de calma, sentido y continuidad identitaria, protegiendo la salud emocional y espiritual.



“El mar para mí es sanador.” (Argentina, 41 años)

Reconocimiento del autocuidado como necesidad

La posibilidad de autorizarse al autocuidado sin culpa desde una mirada amplia que abarque la salud desde todas sus dimensiones, emerge en los relatos como un factor de protección relevante para la salud emocional, al reducir la autoexigencia y la autoacusación. Este proceso aparece vinculado a espacios de reflexión y acompañamiento donde el cuidado propio es reconocido como legítimo.

“Conocer todos los tipos de salud me ayuda a saber que hay más y a tener más cuidados, a buscar información.” (20 años, Rumanía)



Las mujeres describen cómo el autocuidado deja de vivirse exclusivamente como un acto egoísta o secundario y pasa a entenderse como una condición básica para sostener la vida cotidiana, el trabajo y los cuidados hacia otras personas. Esta resignificación permite cuestionar mandatos de sacrificio y disponibilidad permanente que habían sido interiorizados a lo largo de sus trayectorias.



“Antes me sentía egoísta por pensar en mí, ahora entiendo que cuidarme es necesario.” (Grupo de discusión, Oviedo)

Aunque barreras estructurales como la falta de tiempo, la sobrecarga laboral y los cuidados continúan estando presentes, los testimonios muestran que algunas mujeres logran introducir el cuidado propio de forma progresiva, incluso a través de gestos pequeños. Estas acciones no eliminan las condiciones de precariedad, pero permiten desplazar el cuidado del último lugar y situarlo como un eje a tener en cuenta en la organización de la vida diaria.

“Al principio pensaba que tenía que ser algo grande, y luego entendí que cuidarme también puede ser algo muy pequeño.” (Grupo de discusión, Valladolid)



Este proceso se vincula a la construcción de una cultura del cuidado, entendida no como una suma de prácticas aisladas, sino como un cambio progresivo en la forma de priorizarse y relacionarse con el propio bienestar. Colocar el cuidado en el centro, aunque sea de manera incipiente, aparece como un elemento protector frente al desgaste continuado.



***“Ahora intento no dejarme siempre para el final.”
(Grupo de discusión, Sevilla)***

Factores de protección relacionales y comunitarios

Los factores de protección relacionales y comunitarios identificados en los relatos se refieren a la calidad de los vínculos, la posibilidad de no afrontar en soledad las dificultades y la participación en redes de apoyo mutuo que sostienen la vida cotidiana en el contexto migratorio. Estos factores actúan como elementos clave para la protección de la salud emocional, social, familiar, relacional y sexual, y tienen un impacto indirecto en la salud física, la capacidad de autocuidado, la salud mental y la toma de decisiones a lo largo de las trayectorias vitales. Asimismo, cumplen un papel relevante en la prevención de situaciones de violencia, al reducir el aislamiento, favorecer la detección temprana del daño y ampliar las posibilidades de pedir ayuda.

El análisis muestra que la protección no se deriva únicamente de “tener relaciones”, sino de relaciones que sostienen, reconocen, acompañan y amplían derechos, y que permiten reducir el aislamiento, el miedo y la normalización del malestar. Al igual que en el caso de los factores individuales, su existencia y sostenimiento están condicionados por factores estructurales como el tiempo disponible, la estabilidad vital, las condiciones laborales y el acceso a espacios seguros, lo que refuerza la necesidad de analizarlos desde una perspectiva no individualizante.

Relaciones que sostienen y acompañan

Los relatos muestran que las relaciones basadas en apoyo emocional y acompañamiento actúan como un factor de protección central para la salud emocional, social y relacional de las mujeres migradas. No se trata de la cantidad de relaciones, sino de vínculos significativos, en los que es posible expresarse sin miedo, ser escuchada y sentirse comprendida.

“Poder hablar con alguien y que no te juzgue ya te cambia todo.”
(40 años, Colombia)



La escucha sin juicio permite nombrar el malestar y reducir la sensación de afrontamiento en soledad, especialmente en contextos de precariedad, incertidumbre o desgaste acumulado. Sentirse legitimada para estar cansada, triste o desbordada funciona como un factor de protección frente a la culpa, la autoexigencia y la normalización del sufrimiento.



“Aquí puedo ser como soy, sin tener que fingir que todo está bien.”
(Grupo de discusión, Oviedo)

El acompañamiento aparece como un elemento diferencial frente a la soledad, no solo en el plano emocional, sino también en situaciones concretas de dificultad. La posibilidad de pedir ayuda y no tener que afrontar en solitario trámites, decisiones, problemas de salud o momentos de crisis reduce el miedo, la inseguridad y el desgaste emocional.

“Saber que alguien va contigo, aunque sea solo para estar ahí, te da mucha tranquilidad.” (Grupo de discusión, Málaga)



Los testimonios subrayan la importancia de relaciones en igualdad, auténticas y basadas en el respeto mutuo, en las que no es necesario ocultar la situación personal, administrativa o emocional. Estos vínculos favorecen la confianza, la seguridad y la posibilidad de mostrarse sin miedo a ser juzgada o rechazada.



“Cuando una relación es de verdad, no tienes que demostrar nada.” (Grupo de discusión, Sevilla)

Estos vínculos relacionales actúan así como un amortiguador del impacto del aislamiento, la precariedad y la incertidumbre, fortaleciendo la salud emocional y la capacidad de afrontamiento.

Límites y prevención de situaciones de violencia

La capacidad de poner límites a relaciones y contextos que generan daño emerge en los relatos como un factor de protección relacional clave vinculado a la protección de la salud emocional, relacional y física, así como al fortalecimiento de la autonomía personal.

Los testimonios muestran que identificar que una relación o situación es dañina constituye un primer paso fundamental. En muchos casos, este reconocimiento se produce tras experiencias prolongadas de malestar, normalización del daño o a partir del acompañamiento de otras personas o espacios que permiten poner nombre a lo que ocurre.

“Yo pensaba que era normal aguantar eso, hasta que alguien me dijo que no, que eso no estaba bien.” (Grupo de discusión, Sevilla)



Poner límites no se presenta como un proceso sencillo. Las mujeres relatan miedos, culpas y dificultades asociadas a la dependencia económica, la presión familiar, la falta de red o el temor a quedarse solas. Sin embargo, cuando los límites se logran establecer, actúan como un factor de protección frente a la cronificación del sufrimiento.



“Cuando empecé a decir que no, me sentí muy mal al principio, pero luego me di cuenta de que me estaba cuidando.” (Grupo de discusión, Oviedo)

En el ámbito de la pareja, poner límites aparece estrechamente ligado a la prevención de violencias, especialmente frente a dinámicas de control, desvalorización o abuso emocional.

“Aguanté muchas cosas por miedo a quedarme sola y sin recursos.” (Grupo de discusión, Huelva)



Este factor de protección incluye también la capacidad de no tolerar tratos discriminatorios o humillantes en otros espacios de la vida cotidiana. Aprender a poner límites frente a comentarios, actitudes racistas o faltas de respeto contribuye a proteger la autoestima y el bienestar emocional.



“Antes me callaba, ahora ya no dejo que me hablen mal.”
(Grupo de discusión, Valladolid)

El análisis pone de relieve que la posibilidad de establecer y sostener límites se ve claramente reforzada cuando existen redes de apoyo, acompañamiento y contextos que legitiman la no tolerancia al daño.

“Si no hubiera tenido a otras mujeres apoyándome, no habría podido salir de ahí.” ***(Grupo de discusión, Madrid - Afrocolectiva)***



El establecimiento de límites se configura como un mecanismo de protección fundamental, al reducir la exposición a dinámicas de abuso, prevenir escaladas de violencia y favorecer relaciones más seguras, igualitarias y saludables.

Participación y redes de apoyo mutuo

La participación en redes comunitarias y espacios de apoyo mutuo emerge en los relatos como un factor de protección relacional y comunitario central, al favorecer la construcción de vínculos de confianza, el sentimiento de pertenencia y el acceso compartido a recursos, información y derechos. Estos espacios actúan como amortiguadores del aislamiento, el desarraigo y la soledad, especialmente en contextos migratorios marcados por la ruptura de redes previas. Las mujeres describen cómo formar parte de grupos, asociaciones o espacios colectivos les permite sentirse acompañadas y reconocidas, generando una experiencia de comunidad que protege la salud emocional, social y relacional.



“Cuando estás en un espacio donde todas estamos en situaciones parecidas, te sientes menos rara.” ***(Grupo de discusión, Oviedo)***

Además de su dimensión emocional, estas redes cumplen una función práctica y material fundamental. A través de otras mujeres, se accede a información relevante, se comparten conocimientos y se amplían las posibilidades de orientación y acompañamiento en relación con recursos, trámites, servicios y derechos.

“Muchas cosas las he aprendido por otras mujeres, no porque nadie me las explicara.” ***(Grupo de discusión, Valladolid)***



El apoyo mutuo permite así reducir la desinformación, prevenir abusos y disminuir la indefensión frente a sistemas complejos y poco accesibles. En los relatos, compartir información aparece como una forma concreta de cuidado colectivo y de protección frente a situaciones de vulnerabilidad.

“Cuando una sabe algo, lo comparte, y eso ayuda a todas.”

(Grupo de discusión, Sevilla)



Finalmente, la participación activa en espacios comunitarios favorece el arraigo, el reconocimiento social y la recuperación de la agencia colectiva. Contribuye a salir de una posición exclusivamente asistencial o de supervivencia y a situarse como sujetas activas en la vida social, con efectos positivos sobre la autoestima, el sentido de pertenencia y la salud social y emocional.



“Cuando participas, ya no eres solo la que necesita ayuda, también eres alguien que aporta.” ***(Grupo de discusión, Madrid - La Parcería)***

La participación comunitaria y el apoyo mutuo refuerzan el bienestar desde una lógica colectiva, relacional y de derechos

Factores de protección laborales, económicos y administrativos

Los factores de protección laborales, económicos y administrativos identificados en los relatos se refieren a aquellas condiciones materiales e institucionales que reducen la vulnerabilidad, aportan estabilidad y amplían la capacidad de decisión de las mujeres migradas en la vida cotidiana. Estos factores tienen un impacto directo sobre la salud laboral, económica, administrativa y social, y actúan como elementos protectores frente al estrés crónico, la ansiedad, el desgaste físico y la exposición a abusos y violencias.

A diferencia de los factores individuales o relacionales, estos elementos no dependen principalmente de la capacidad de agencia personal, sino del acceso efectivo a derechos, de la estabilidad laboral y económica y del funcionamiento de las instituciones. Su presencia marca una diferencia sustantiva en las trayectorias de bienestar y en la posibilidad de proyectar una vida con mayor seguridad.

Condiciones dignas y conocimiento de derechos laborales

Contar con un empleo estable y con condiciones laborales dignas aparece en los relatos como un factor de protección central para la salud física, emocional y social de las mujeres migradas. La estabilidad reduce la incertidumbre constante, permite organizar la vida cotidiana y disminuye la exposición a situaciones de abuso, sobreexplotación y desgaste prolongado.

“No es solo el dinero, es la tranquilidad de saber que el mes que viene sigues.”
(Grupo de discusión, Valladolid)



El análisis muestra que la protección no se vincula únicamente a disponer de un empleo, sino a conocer y poder ejercer los derechos laborales, así como a disponer de apoyos y referencias que permitan identificar situaciones injustas o abusivas.

El acceso a información sobre contratos, horarios, descansos, salarios o bajas, y la posibilidad de consultar a sindicatos, organizaciones sociales o personas de referencia, aparece como un elemento clave para mejorar las condiciones laborales y reducir la indefensión.



“Yo pensaba que lo que me pasaba era normal, hasta que hablé con otras personas y me dijeron que eso no era legal.”
(Grupo de discusión, Sevilla)

Asimismo, los testimonios señalan que la capacidad de registrar horarios, identificar excesos de jornada o reconocer incumplimientos contribuye a tomar conciencia del propio desgaste y a poner límites a situaciones que afectan negativamente a la salud.

“Cuando alguien te explica cuáles son tus derechos en el trabajo, empiezas a darte cuenta de todo lo que estabas aguantando sin saberlo.”
(Grupo de discusión, Valladolid)



Estas prácticas no eliminan la precariedad estructural, pero actúan como factores de protección frente a la normalización del abuso y fortalecen la autonomía en la defensa del propio bienestar.

Estabilidad e independencia económica

La mejora de la estabilidad económica, junto con la disponibilidad de ingresos propios, aparece en los relatos como un factor de protección clave para la salud integral de las mujeres migradas, con impactos directos en la salud emocional, física y social. Contar con recursos económicos propios reduce el estrés cotidiano asociado a la supervivencia, disminuye la ansiedad constante y amplía la capacidad de organización y la toma de decisiones autónoma. Las mujeres describen cómo la precariedad económica sostenida mantiene el cuerpo y la mente en un estado permanente de alerta, mientras que una mayor estabilidad permite descansar, planificar a medio plazo y reducir el desgaste acumulado.

“El problema no es solo no tener dinero, es vivir siempre con la preocupación.” (Grupo de discusión, Málaga)



La independencia económica se identifica de forma explícita como un factor de protección frente a la dependencia, el aguante prolongado y la exposición a situaciones de abuso o control, al ampliar el margen de elección y la autonomía personal.



“Cuando tienes algo tuyo, ya no aguantas lo mismo.” (Grupo de discusión, Huelva)

La estabilidad e independencia económica no se viven únicamente como una cuestión material, sino como una condición estructural de protección que fortalece la autonomía, reduce el estrés crónico y crea condiciones más seguras e igualitarias para sostener la vida cotidiana y los proyectos vitales.

Desigualdad en el trato social e institucional

La obtención o mejora de la situación administrativa, junto con el acceso a información veraz, clara y actualizada, el acompañamiento y un trato institucional digno, aparece en los relatos como uno de los factores de protección más determinantes para la salud integral de las mujeres migradas.

La regularización no solo amplía el acceso a empleo formal, formación, sanidad y otros derechos básicos, sino que reduce de forma significativa el miedo, la indefensión y la exposición a abusos, con efectos directos sobre el bienestar emocional y la capacidad de planificación vital.

***“Cuando por fin tuve los papeles, fue como poder respirar.”
(Brasil, 37 años)***



Los testimonios muestran que la protección no depende únicamente de la situación administrativa en sí misma, sino también de la posibilidad de comprender los procedimientos, conocer los derechos, los requisitos reales y contar con orientación fiable que evite errores, bloqueos prolongados o situaciones de abuso.

“Cuando alguien te explica bien las cosas, todo se hace menos pesado.”

(Grupo de discusión, Huelva)



La estabilidad administrativa y el acompañamiento institucional facilita el ejercicio efectivo de derechos, disminuye la incertidumbre prolongada y crea condiciones más seguras para el desarrollo de proyectos vitales.

En resumen

- La protección de la salud integral de las mujeres migradas no depende únicamente del esfuerzo individual, sino de la interacción entre recursos personales, vínculos significativos, redes comunitarias y condiciones estructurales que garanticen derechos.
- Los factores de protección no sustituyen la garantía de derechos, pero actúan como amortiguadores del daño, reduciendo el impacto de la precariedad, la discriminación y la sobrecarga cuando las condiciones estructurales son adversas.
- El autoconocimiento corporal y emocional emerge como un factor clave para romper la normalización del malestar, detectar señales tempranas de desgaste y prevenir la cronificación del daño físico y emocional.
- Las estrategias propias de regulación y afrontamiento, construidas desde la experiencia y el conocimiento, fortalecen la autonomía en el cuidado y permiten atravesar el malestar sin llegar al colapso.
- La resignificación del autocuidado como necesidad legítima, y no como egoísmo, protege la salud emocional al reducir la autoexigencia, la culpa y los mandatos de sacrificio interiorizados.
- Las relaciones que sostienen, acompañan y legitiman el malestar funcionan como un factor de protección central frente al aislamiento, el miedo y la vivencia del sufrimiento en soledad.
- La capacidad de poner límites en relaciones y contextos dañinos se identifica como un mecanismo clave de protección y prevención de violencias.
- La participación comunitaria y el apoyo mutuo fortalecen el bienestar desde una lógica colectiva, favoreciendo el arraigo, el reconocimiento social y la transformación del malestar individual en experiencia y acción colectiva.
- La estabilidad laboral y el conocimiento de los derechos laborales actúan como factores de protección frente a la explotación, el desgaste físico y el estrés crónico, al ampliar la capacidad de poner límites y defender el propio bienestar.
- La estabilidad e independencia económica se asocian directamente a una mayor autonomía personal, reducción del estrés sostenido y menor exposición a situaciones de dependencia, abuso o aguante prolongado.
- La regularización administrativa, junto con el acceso a información veraz y acompañamiento institucional, constituye uno de los factores de protección más determinantes, al reducir el miedo, la indefensión y la incertidumbre prolongada.
- Los factores de protección identificados evidencian que la salud integral se sostiene desde condiciones colectivas y estructurales, y no desde la responsabilidad individual, reforzando la necesidad de políticas públicas, instituciones y entornos que funcionen desde la dignidad y el acceso a derechos.

6 Conclusiones



El análisis integrado de los datos cuantitativos y cualitativos del programa MARIS pone de manifiesto la necesidad de revisar los marcos desde los que se conceptualiza, evalúa y aborda la salud de las mujeres migradas. Los resultados no solo describen condiciones de bienestar o malestar, sino que permiten identificar patrones de gestión del cuerpo, las emociones y los vínculos en contextos de precariedad estructural, aportando una lectura de la salud como proceso socialmente condicionado.

1. La salud se define operativamente como la capacidad de sostener la vida cotidiana

La participación en redes comunitarias y espacios de apoyo mutuo emerge en los relatos como un factor de protección relacional y comunitario central, al favorecer la construcción de vínculos de confianza, el sentimiento de pertenencia y el acceso compartido a recursos, información y derechos. Estos espacios actúan como amortiguadores del aislamiento, el desarraigo y la soledad, especialmente en contextos migratorios marcados por la ruptura de redes previas. Las mujeres describen cómo formar parte de grupos, asociaciones o espacios colectivos les permite sentirse acompañadas y reconocidas, generando una experiencia de comunidad que protege la salud emocional, social y relacional.

2. La salud se sostiene mediante mecanismos de compensación

El análisis conjunto de la importancia otorgada a las distintas dimensiones de la salud y de su autopercepción muestra un patrón consistente en la encuesta: las dimensiones más priorizadas, especialmente la salud emocional y la salud física, presentan valoraciones de autopercepción más contenidas, mientras que aquellas menos priorizadas, como la salud espiritual o la salud relacional, concentran autopercepciones más positivas. Este desajuste indica que el bienestar se sostiene desde una lógica de funcionalidad y compensación, en la que las dimensiones más exigidas por la vida cotidiana son también las más tensionadas; en este sentido, la salud emocional ocupa de forma consistente el primer lugar en importancia, pero presenta la peor autopercepción, evidenciando la mayor brecha entre relevancia atribuida y bienestar percibido.

3. La autoexigencia distorsiona la autopercepción y oculta procesos de desgaste

Los datos cualitativos muestran que la normalización del dolor físico, el cansancio y el malestar emocional responde a una racionalidad adaptativa en contextos de precariedad estructural, donde priorizar el autocuidado se percibe como incompatible con la subsistencia económica, laboral o familiar. Esta lógica de autoexigencia y aguante se refleja en autopercepciones positivas de la salud que conviven con relatos de desgaste acumulado. En este marco, la culpa aparece de forma recurrente como un mecanismo que refuerza la postergación del autocuidado y dificulta la legitimación del cuidado propio.

4. El malestar emocional se invisibiliza en los contextos de mayor vulnerabilidad

Los resultados muestran que la precariedad económica y administrativa incide de forma directa en la vivencia emocional, aunque su expresión no sigue una relación lineal ni con la intensidad de la precariedad ni con el tiempo de residencia. En situaciones de vulnerabilidad extrema, el malestar tiende a ser contenido o postergado para sostener la vida cotidiana; es en fases de mayor estabilidad relativa cuando emerge con mayor claridad el cansancio acumulado. El paso del tiempo de residencia no garantiza una mejora del bienestar sino que, cuando persisten condiciones de precariedad, se asocia a procesos de desgaste emocional y físico, así como a una erosión progresiva de las redes de apoyo.

5. El silencio frente a la violencia opera como una estrategia de autoprotección

La ausencia de verbalización o denuncia de situaciones de malestar, violencia o abuso no responde a falta de información ni a déficits de empoderamiento individual, sino que opera como un mecanismo de gestión del riesgo. El análisis cualitativo muestra que el silencio se configura como una estrategia de autoprotección frente a barreras estructurales que dificultan el acceso efectivo a los sistemas de protección, especialmente en contextos de irregularidad administrativa, precariedad socioeconómica y desconfianza institucional.

6. Las prácticas de autocuidado se construyen de forma relacional y colectiva

El estudio muestra que el bienestar se apoya de forma significativa en vínculos familiares, redes de apoyo y relaciones comunitarias, que operan como un factor de protección frente al malestar y la precariedad. Estas redes facilitan contención emocional, apoyo práctico y acompañamiento cotidiano, fortaleciendo la capacidad de afrontar situaciones de estrés y desgaste. Los datos evidencian que su presencia se asocia a mejores niveles de bienestar social y emocional, mientras que su debilitamiento incrementa el aislamiento y la exposición a violencias. Pese a ello, estas formas relacionales de cuidado continúan siendo escasamente reconocidas por los marcos institucionales, que siguen priorizando enfoques individualizados del bienestar.

7. Las desigualdades interseccionales condicionan las posibilidades de cuidado

El análisis muestra que las prácticas de cuidado y la priorización de la salud están condicionadas por la intersección de desigualdades de género, origen y socioeconómicas. Los mandatos de género orientan el cuidado hacia las necesidades de otras personas y refuerzan una concepción funcional de la salud, lo que limita el tiempo y la energía disponibles para atender otras áreas como la salud emocional, el descanso, el placer o el disfrute. La precariedad económica y laboral, junto con experiencias de discriminación, restringe el acceso a recursos y redes de apoyo, incidiendo especialmente en la salud relacional y consolidando prácticas de autocuidado postergado. Este entramado de desigualdades no responde a decisiones individuales, sino que configura de manera estructural qué cuidados son posibles y cuáles quedan sistemáticamente relegados.

8. La espiritualidad actúa como una infraestructura personal y accesible de cuidado

El análisis muestra que tanto la religión como las formas de espiritualidad no institucionalizadas cumplen funciones similares de regulación emocional, generación de sentido vital y sostén identitario. Las diferencias entre unas y otras no radican en su impacto sobre el bienestar, sino en su grado de legitimidad y reconocimiento social. En este marco, la espiritualidad opera como una infraestructura de cuidado especialmente relevante allí donde los dispositivos públicos resultan insuficientes, al ser un ámbito de gestión autónoma y un soporte clave del bienestar en contextos de precariedad y exclusión.

9. El cuidado se sostiene en saberes populares no legitimados como conocimiento

El estudio identifica la movilización de saberes corporales, simbólicos y relacionales, inscritos en una cultura popular del cuidado, que resultan eficaces para sostener la vida cotidiana. La escasa legitimación de estos saberes no responde a su falta de eficacia, sino a los límites de los marcos técnicos dominantes para reconocer formas de conocimiento no medicalizadas ni formalizadas, producidas fuera de los circuitos institucionales.

10. Las desigualdades en salud responden a barreras estructurales

Los resultados del estudio muestran que los principales obstáculos para el bienestar no derivan de déficits individuales ni de prácticas personales inadecuadas, sino de barreras estructurales que atraviesan de forma directa la salud integral de las mujeres. La precariedad laboral, la inestabilidad económica y las limitaciones asociadas a la situación administrativa condicionan el acceso efectivo a recursos de cuidado, protección y descanso, afectando de manera transversal a su dignidad y al ejercicio de derechos. La irregularidad administrativa intensifica la exposición a la explotación y a distintas formas de violencia al limitar la protección efectiva y aumentar la dependencia. Esta situación evidencia una brecha persistente entre el reconocimiento formal de derechos y su garantía real, vinculada a marcos institucionales de carácter racista que generan exclusión y producen desigualdades en salud.

7 Recomendaciones



Recomendaciones comunitarias y de fortalecimiento de redes

El ámbito comunitario constituye un pilar fundamental de protección del bienestar y la salud integral de las mujeres migradas, funcionando como un activo de salud al generar vínculos, participación y reconocimiento, especialmente en contextos de precariedad y ausencia de redes.

Reconocer los espacios comunitarios como activos de salud

Los dispositivos comunitarios deben ser considerados aliados estratégicos en la prevención del aislamiento social y de situaciones de vulnerabilidad, reforzando su papel como entornos de detección temprana de la violencia, apoyo y derivación a otros recursos.

Garantizar la sostenibilidad de espacios comunitarios

Las administraciones públicas y los programas de intervención deben garantizar la continuidad, accesibilidad y estabilidad en el tiempo de los espacios comunitarios, más allá de proyectos puntuales o intervenciones aisladas, y respetar los espacios autogestionados de apoyo mutuo como parte del ecosistema comunitario de cuidados.

Reforzar el apoyo a iniciativas comunitarias lideradas por mujeres migradas

Las políticas públicas y los programas de intervención deben garantizar financiación estable, reconocimiento institucional y apoyo técnico a asociaciones, colectivos y espacios comunitarios gestionados por mujeres migradas, respetando su autonomía y evitando enfoques asistencialistas, así como facilitar las condiciones materiales y administrativas necesarias para su creación, sostenimiento y autogestión.

Promover el acompañamiento entre iguales

Los programas comunitarios deben incorporar de forma explícita el acompañamiento entre mujeres como herramienta de protección del bienestar, facilitando el intercambio de saberes, la transmisión de información práctica y el apoyo mutuo desde experiencias compartidas.

Integrar actividades comunitarias, culturales y relacionales

Debe incorporarse de forma explícita el ocio, la cultura, el disfrute compartido y las actividades relacionales como componentes legítimos de la salud y el autocuidado, evitando reducir las intervenciones comunitarias a lógicas productivistas o exclusivamente terapéuticas.

Recomendaciones para la práctica profesional sociosanitaria

Las prácticas profesionales en los ámbitos sanitario y social constituyen un factor determinante en la protección del bienestar de las mujeres migradas, influyendo de manera directa en la calidad de la atención, la confianza en el sistema y el acceso efectivo al cuidado. Desde esta perspectiva, se formulan las siguientes recomendaciones orientadas a reforzar una atención digna, integral y libre de discriminación.

Garantizar una atención basada en la escucha y el trato digno

Los servicios sanitarios y sociales deben asegurar prácticas profesionales centradas en la persona, que prioricen la escucha activa, el respeto y la validación del malestar expresado, evitando minimizar, cuestionar o deslegitimar las vivencias de las mujeres migradas.

Incorporar de forma obligatoria competencias interculturales en la atención

Las instituciones responsables deben integrar formación obligatoria y continuada para el personal sanitario y social, orientada a reconocer la diversidad de concepciones de salud, cuerpo y autocuidado, y a prevenir miradas normativas, etnocéntricas o discriminatorias en la práctica profesional.

Atención a la salud mental centrada en la persona y sus circunstancias

Los servicios sanitarios deben situar a la persona en el centro de la atención, incorporando una lectura psicosocial del malestar asociada a los procesos migratorios que tenga en cuenta las circunstancias personales, sociales y vitales de cada mujer. Asimismo, deben evitar la medicalización automática y los enfoques patologizantes, garantizando la atención psicológica como un recurso central, accesible y continuado.

Incorporar una mirada integral de la salud femenina a lo largo del ciclo vital

La práctica profesional debe superar enfoques androcéntricos y biomédicos, ampliando su intervención más allá de lo reproductivo e incorporando de forma sistemática el acompañamiento emocional, los cambios hormonales, la menopausia y otras transiciones vitales desde una mirada integral de la salud de las mujeres.

Reforzar el trabajo en red y la derivación a recursos comunitarios

Las y los profesionales deben contar con información actualizada sobre los recursos comunitarios existentes y establecer mecanismos estables de coordinación y derivación con asociaciones, grupos de mujeres y programas comunitarios.

Recomendaciones estructurales

Los marcos legales, administrativos, económicos e institucionales condicionan de manera decisiva el acceso a derechos, la protección del bienestar y las posibilidades reales de cuidado de las mujeres migradas. Desde esta perspectiva, se formulan las siguientes recomendaciones orientadas a promover transformaciones estructurales que garanticen una salud integral desde un enfoque feminista, antirracista y basado en derechos.

Facilitar las políticas de regularización administrativa

Las administraciones públicas deben facilitar los procesos de regularización administrativa mediante la simplificación de procedimientos, la reducción de plazos y la garantía de información clara y accesible, reconociendo la regularización como un eje central del bienestar y como factor estructural de protección de la salud.

Garantizar el acceso universal y efectivo al sistema sanitario

El sistema sanitario debe asegurar una atención plenamente accesible, confidencial y desvinculada de cualquier actuación de control administrativo, eliminando prácticas que generen miedo o exclusión y garantizando el ejercicio real del derecho a la salud.

Garantizar el acceso seguro a los sistemas de protección

Las instituciones responsables deben asegurar que las mujeres puedan denunciar situaciones de violencia de género, trata, explotación o delitos de odio sin riesgo alguno, estableciendo una separación estricta entre los dispositivos de protección y cualquier mecanismo de control administrativo, y garantizando la aplicación efectiva de los marcos legales existentes.

Erradicar el racismo institucional en los sistemas públicos

Las políticas públicas deben identificar, prevenir y sancionar las prácticas racistas y discriminatorias en los distintos ámbitos de la administración pública, con especial atención a los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, mediante la aplicación de protocolos homogéneos, mecanismos efectivos de supervisión y rendición de cuentas, y la imposición de sanciones cuando corresponda.

Reforzar la atención psicológica pública como pilar del sistema de salud

El sistema público debe incorporar la atención psicológica como un eje central, accesible y continuado, desde una lógica preventiva y no patologizante, especialmente en contextos de vulnerabilidad, duelo migratorio y acumulación de malestar emocional.

Incorporar de forma transversal una mirada integral, feminista y comunitaria

Las políticas sanitarias deben superar enfoques biomédicos y androcéntricos, integrando de manera estructural las dimensiones emocionales, sociales y comunitarias de la salud, y reconociendo las características propias de la salud femenina, el valor de los cuidados y de los recursos colectivos como parte del sistema público.

Garantizar información temprana, clara y accesible

Las administraciones deben implementar mecanismos estables de información y orientación desde las primeras fases del proceso migratorio, adaptados cultural y lingüísticamente, que permitan el acceso efectivo a derechos, recursos y sistemas de apoyo.



Discusión de resultados



Los resultados del programa MARIS no solo aportan evidencia sobre la salud de las mujeres migradas, sino que cuestionan de manera directa los marcos desde los que esta ha sido tradicionalmente conceptualizada, evaluada e intervenida en los ámbitos sanitario y social. Desde un enfoque feminista, intercultural y comunitario, el estudio pone de relieve los límites de aproximaciones centradas en el individuo, en la enfermedad o en la responsabilidad personal, y propone una lectura de la salud como un proceso integral, atravesado por relaciones de poder, condiciones materiales de vida y contextos sociopolíticos desiguales. En este sentido, MARIS desplaza las interpretaciones basadas en el déficit o la falta de conciencia o de autocuidado; y sitúa en el centro las estrategias de gestión de la vida desarrolladas por las propias mujeres en contextos de precariedad. Prácticas como el aguante, la postergación del cuidado propio o el silencio frente a determinadas situaciones no pueden leerse como pasividad o desconocimiento, sino como respuestas construidas en escenarios donde priorizar el autocuidado puede entrar en conflicto directo con la subsistencia económica, laboral o relacional. Este desplazamiento interpela los discursos hegemónicos de autocuidado y plantea interrogantes sobre su adecuación en contextos marcados por desigualdades estructurales y limitación de derechos.

Desde una mirada interseccional, los resultados refuerzan la necesidad de comprender las desigualdades en salud como el efecto combinado de múltiples ejes de desigualdad. El género, el origen, la posición socioeconómica y la situación administrativa no actúan de forma aislada, sino que se entrecruzan y amplifican, configurando de manera desigual las posibilidades reales de cuidado. Estas desigualdades no solo limitan el acceso a recursos, sino que reorganizan qué dimensiones de la salud pueden priorizarse y cuáles quedan relegadas.

La discusión pone también en valor el papel central de las prácticas comunitarias, relacionales y culturales de cuidado, que emergen como auténticas infraestructuras de sostenimiento de la vida. Lejos de ser recursos secundarios o informales, las redes comunitarias, los espacios colectivos y los apoyos mutuos constituyen factores de protección fundamentales frente al aislamiento, el malestar y la violencia, especialmente allí donde los dispositivos públicos resultan insuficientes o inaccesibles. La escasa legitimación institucional de estas formas de cuidado evidencia una concepción restringida del bienestar y plantea la necesidad de repensar políticas públicas que reconozcan y refuercen los recursos comunitarios como activos de salud. En esta misma línea, la espiritualidad aparece como un ámbito de cuidado autónomo, accesible y profundamente significativo para muchas mujeres, tanto en su expresión religiosa como no institucionalizada. Su función en la regulación emocional, la generación de sentido y el sostén identitario pone de manifiesto la importancia de dimensiones simbólicas y culturales del bienestar que continúan siendo marginalizadas en los modelos sociosanitarios convencionales.

Finalmente, los resultados obligan a desplazar el foco desde las trayectorias individuales hacia los marcos institucionales y estructurales que condicionan la salud. La persistencia de barreras administrativas, la precariedad laboral y el racismo institucional evidencian una brecha entre el reconocimiento formal de derechos y su garantía efectiva, con impactos directos en el bienestar físico, emocional y social. Desde este enfoque, la discusión no se limita a señalar carencias del sistema, sino que subraya la responsabilidad de las políticas públicas en la producción y reproducción de desigualdades en salud.

En conjunto, la discusión sitúa a MARIS como una aportación que reconoce y legitima los saberes, prácticas y estrategias de cuidado desarrolladas por las propias mujeres migradas, al tiempo que visibiliza los límites estructurales que condicionan su bienestar. Este enfoque integral, feminista e intercultural no solo amplía la comprensión de la salud, sino que abre un espacio crítico para repensar los modelos de intervención, las políticas públicas y los sistemas de cuidado desde una perspectiva de derechos, justicia social y comunidad.



Referencias Bibliográficas



Allport, G. W. (1977). *La naturaleza del prejuicio* (5.ª ed.). Editorial Universitaria de Buenos Aires. (Obra original publicada en 1954).

Antolínez Domínguez, I., López Sala, A., & Martínez Buján, R. (2017). Repensando la categoría de “víctima”: Un análisis sobre la capacidad de agencia de mujeres migradas vinculadas a redes de trata. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 35(1), 37–49.

Calderón, M. G. (2022). Violencia en mujeres inmigradas: Estado de la cuestión y propuestas de futuro. En *Violencia de género en la juventud. Las mil caras de la violencia machista en la población joven* (pp. 125–140). Observatorio Galego da Xuventude.

Casado-Mejía, R., Ruiz-Arias, E., & Solano-Parés, A. (2012). El cuidado familiar prestado por mujeres inmigradas y su repercusión en la calidad del cuidado y en la salud. *Gaceta Sanitaria*, 26(6), 547–553. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.11.013>

Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. Oxford University Press.

García-Cid, A., Gómez-Jacinto, L., Hombrados-Mendieta, I., Millán-Franco, M., & Moscato, G. (2020). Discrimination and psychosocial well-being of migrants in Spain: The moderating role of sense of community. *Frontiers in Psychology*, 11, 542751. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.542751>

Gottardo, C., & Cymment, P. (2019). The Global Compact for Migration: What could it mean for women and gender relations? *Gender & Development*, 27(1), 67–83. <https://doi.org/10.1080/13552074.2019.1570739>

Hawkins, M. M., Schmitt, M. E., Adebayo, C. T., et al. (2021). Promoting the health of refugee women: A scoping literature review incorporating the social ecological model. *International Journal for Equity in Health*, 20, 45. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01387-5>

Instituto Nacional de Estadística. (2017). Encuesta Nacional de Salud. <https://www.ine.es>

Instituto Nacional de Estadística. (2020). Encuesta Europea de Salud en España. Ministerio de Sanidad. <https://www.sanidad.gob.es>

Instituto Nacional de Estadística. (2023). Encuesta de Condiciones de Vida. <https://www.ine.es>

Lemmer, G., & Wagner, U. (2015). Can we really reduce ethnic prejudice outside the lab? A meta-analysis of direct and indirect contact interventions. *European Journal of Social Psychology*, 45(2), 152–168. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2079>

Movimiento por la Paz–MPDL. (2024). Migradas: mujeres migradas ante la violencia de género. Área de Mujer, Movimiento por la Paz. Ministerio de Igualdad. [Informe 'Migradas: mujeres migradas ante la violencia de género' | Movimiento por la Paz](#)

Organización Panamericana de la Salud. (2019). Acceso de las mujeres migradas a la salud [Infografía]. <https://www.paho.org>

Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(5), 751–783. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751>

Ríos Rodríguez, M., & Moreno Jiménez, M. (2010). Influencia de la participación comunitaria y la identidad con el lugar en la satisfacción vital en inmigradas. *Escritos de Psicología*, 3(2), 8–16.

Sánchez, E. (2022). Estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres migradas venezolanas en España. *GICOS*, 7(2), 22–33.

Sánchez López, M. P. (2013). *La salud de las mujeres*. Editorial Síntesis



MUJERES ACTIVAS EN REDES
INTERCULTURALES DE SALUD