

ARTÍCULOS ESPECIALES

ORIGINALES



Aproximación fenomenológica a la salud sexual y reproductiva en mujeres jóvenes de etnia gitana

María Dolores GARCÍA MARTÍNEZ,¹ Ismael JIMÉNEZ RUIZ,² Pilar ALMANSA MARTÍNEZ³

Resumen Abstract

Objetivo principal: conocer la experiencia relativa en salud sexual y reproductiva en un grupo de mujeres jóvenes de etnia gitana. **Metodología:** estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. Se utilizaron ocho entrevistas semiestructuradas individuales para la recolección de datos y análisis del contenido. **Resultados principales:** se obtuvieron tres categorías temáticas: "roles de género en el ámbito reproductivo", "hábitos y costumbres en la vida sexual" y "etapa reproductiva en embarazo, parto y puerperio". **Conclusión principal:** tanto los factores culturales propios de la etnia gitana como la división de roles de género influyen en el desarrollo de la etapa sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes de etnia gitana. El conocimiento de la etapa reproductiva permite el acercamiento de los profesionales sanitarios hacia la realidad percibida de estas mujeres, para ayudarles a mantener sus hábitos, favoreciendo a la vez, una buena salud reproductiva.

Palabras clave: Salud Sexual. Gitanos. Grupos étnicos. Romaní. Salud Reproductiva. Investigación Cualitativa.

PHENOMENOLOGICAL APPROACH TO SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH IN YOUNG GYPSY WOMEN

Objective: knowing the experience on sexual and reproductive health in a group of young Roma women. **Methods:** a qualitative study with phenomenological approach, using eight individual semi-structured interviews in order to collect data and carry out the analysis of the same. **Results:** were obtained as follows: "Gender roles in the reproductive field", "habits and customs in the sexual life" and "reproductive stage in pregnancy, childbirth and puerperium". **Conclusions:** both the cultural factors of the Roma ethnic group as the division of roles gender influence development of sexual and reproductive stage of the gypsy ethnic group of young women. Knowledge of the reproductive stage of the women allows health professionals to get nearer the truth that is perceived about them in order to help them while their customs are maintained and at the same time encouraging good reproductive health. **Keywords:** Sexual Health. Roma. Ethnic Groups. Reproductive Health. Qualitative Research.

¹GAI de Albacete, España. ²Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud y Grupo de Investigación Enfermería Clínica (EC). Universidad de Alicante, España. ³Facultad de Enfermería y Grupo de Investigación Enfermería, Mujer y Cuidados. Universidad de Murcia, España.

CORRESPONDENCIA: María Dolores García Martínez, madvi23@hotmail.com

Manuscrito recibido el 4.10.2017
Manuscrito aceptado el 8.03.2017

Index Enferm (Gran) 2018; 27(3):128-132
e11793

Introducción

La población gitana en España se estima entre 800.000 y 970.000 personas.¹ Esta comunidad se asentó en la Península Ibérica en el siglo XV y hoy constituye la minoría étnica autóctona más importante en España.² Los diferentes informes publicados sobre sus condiciones de vida indican que sufre mayores niveles de exclusión que el resto de la población española.^{3,4}

La cultura gitana asigna un papel a la mujer desde que nace basado en la subordinación al hombre, primero a su padre y hermanos y, cuando se casa, a su marido, asumiendo así la fuerte presencia de valores machistas en su comunidad. Es por ello que en cuanto a las mujeres gitanas, se habla de una doble discriminación: por género y etnia.⁵

Los acontecimientos reproductivos, como imposición cultural, ocupan gran parte de su ciclo vital, por lo que uno de los principales motivos de demanda de salud se enmarca dentro de la salud sexual y reproductiva. La salud sexual es definida como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud".⁶ Los factores socioculturales que influyen en la salud sexual son el deseo de formar una familia numerosa que asegure la supervivencia de la etnia y el prestigio y valoración social que adquiere la mujer gitana con el nacimiento de los hijos y especialmente si son varones.⁷

Entendemos salud reproductiva como "un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia".⁸ Las características socioculturales de la etnia gitana también afectan a la salud del recién nacido. Según Ferrer, se encontró una mayor frecuencia de

partos en la adolescencia, mayor multiparidad y riesgo de recién nacidos con bajo peso significativamente mayor en las familias gitanas.⁹

Desde hace algunos años, además de la mujer y la feminidad, la masculinidad ha entrado en los debates de la salud reproductiva y actualmente se observa una tendencia a estimular su participación en la atención prenatal, el trabajo de parto y nacimiento.¹⁰ Sin embargo, la paternidad se presenta como un derecho o posibilidad de libre elección, pero no una obligación.¹¹

El proceso reproductivo constituye un momento de transcendencia en la vida personal y familiar, en el que se desarticulan o consolidan aspectos relacionados con la feminidad/masculinidad y la maternidad/paternidad. Por ello, es preciso el análisis a partir de aquellos aspectos que construyen y mantienen un sistema de género: las representaciones de la mujer gestante, la atención al parto y al puerperio y los modelos de maternidad y paternidad, que no solo tienen que ver con la capacidad biológica de las mujeres para engendrar y amamantar, sino también con las traducciones históricas, políticas, económicas, sociales y culturales que se han realizado de este hecho.¹²

Por ello, el objetivo general del estudio es conocer la experiencia en salud sexual y reproductiva de un grupo de mujeres jóvenes de etnia gitana a partir de las representaciones culturales socialmente transmitidas.

Metodología

Estudio con metodología cualitativa con un enfoque fenomenológico. Además, también consta de un enfoque etnometodológico para conocer y comprender el significado y la experiencia sexual/reproductiva en la población de estudio.

El ámbito de estudio se centra en Hellín (Albacete, España). La población de estudio está constituida por mujeres jóvenes de etnia gitana. Los criterios de inclusión fueron: ser mujer de etnia gitana y con una edad comprendida entre los 15 y los 25 años, que hubiese tenido al menos un parto, que supiera leer el castellano escrito y firmase el consentimiento informado. Se excluyeron personas con las alteraciones sensoriales o cognosciti-

vas.

La muestra se compone de ocho mujeres. La decisión de finalizar la integración de nuevos casos se realizó por redundancia teórica de los datos.

Para la selección de participantes, se utilizó en un primer momento el muestreo intencional pero no se obtuvo la participación necesaria, por lo que se amplió por la técnica en "bola de nieve". El período de reclutamiento estuvo comprendido entre los meses de abril y mayo de 2016.

Se utilizó la técnica de la entrevista semiestructurada individualizada, a partir de un guión preestablecido creado tras la revisión del estado de la cuestión. Estas entrevistas se realizaron en la consulta de la matrona, con una duración media de treinta minutos, fueron grabadas y posteriormente transcritas, manteniendo la confidencialidad.

El análisis se caracterizó por su forma cíclica y reflexiva. Se realizó una transcripción literal de las entrevistas y un análisis manual de las mismas. Durante el análisis se buscó la identificación de elementos que conformaran la realidad estudiada, describiendo las relaciones entre ellos y sintetizando el conocimiento resultante. De este modo se fueron creando unidades de codificación temática que finalmente constituyen las categorías y subcategorías que se exponen en los resultados.

Resultados

La población estudiada comprende ocho mujeres entre los 16 y los 24 años, en la cual la edad de inicio de las relaciones sexuales se produce en la mayoría de los casos en la minoría de edad junto con el inicio de la reproducción.

A través del análisis comparativo e interpretativo de las entrevistas, se conforman los resultados en tres grandes categorías con sus correspondientes subcategorías:

a) Roles de género en el ámbito reproductivo

Rol reproductivo en la mujer gitana. La mayoría de las entrevistadas iniciaron las relaciones sexuales cuando todavía eran menores de edad. Además, tal y como podemos observar en la Tabla 1, el inicio

de las relaciones sexuales está íntimamente relacionado con el inicio de la reproducción. No obstante, también se observa que a edades tempranas ya se tienen varios hijos, llegando hasta el máximo de tres hijos en nuestra muestra.

El casamiento y el inicio de la vida reproductiva: La prueba del pañuelo. El casamiento se asocia a la unión social con la pareja más que a la unión formal (civil o religiosa), caracterizado por la consecución de la maternidad tras dicha unión. Este significado del casamiento viene ejemplificado por la terminología asociada al mismo: "ajuntarse", "casarse". En la actualidad, el casamiento gitano puede obtenerse de diversas formas: casarse sin reconocimiento legal pero conservando el rito de la celebración de la boda gitana, siendo optativa la unión formal: "Estamos ahí como casaos, decimos casaos, pero no nos casamos por juzgao y to eso" (E1); irse a vivir en pareja sin ninguna celebración ni reconocimiento legal (escaparse, fugarse): "Pidan la mano, y ya pos los que se quieren casar bien como tú dices, se casan y los que no se quieren esperar a to eso, pues se escapan como hicimos nosotros, entonces nos ajuntamos y ya está" (E3); o conservando el concepto tradicional de casamiento asociado a ceremonia religiosa o civil, con celebración del rito de la unión y manteniendo el compromiso legal.

También se observó cierta prudencia al tratar ciertos temas de sexualidad, como el inicio de las relaciones sexuales. "Nada, a eso hay que...yo me casé y yo no..." (E3). De esta manera se muestra que el sexo es un tema tabú para las mujeres gitanas que solo tiene cabida en el matrimonio.

Profundizando en el tema del honor y la virginidad, un concepto imprescindible de analizar es la "prueba del pañuelo", entendida esta como una tradición gitana para comprobar la virginidad de la mujer en el casamiento pero que va perdiéndose en el tiempo, adquiriendo un carácter voluntario: "Existe la virginidad, y nos tenemos que casar vírgenes, pero la prueba del pañuelo... la que quiera hacérsela es libre de hacérsela, si la niña quiere se la hace, o también puede ser que se la pida la suegra o el marido" (E2). Este carácter voluntario se debe a la

Tabla 1. Inicio de relaciones sexuales y edad de inicio de la maternidad/paternidad

Participante	Edad	Edad inicio relaciones sexuales	Edad materna inicio reproducción	Edad paterna inicio reproducción	Nº Hijos/as	IVE
E.1	19	18	19	19	1	0
E.2	20	15	15	18	2	0
E.3	22	15	18	23	2	0
E.4	19	16	19	20	1	1
E.5	20	16	17	18	3	0
E.6	24	22	22	23	2	0
E.7	16	15	15	20	1	0
E.8	18	17	18	19	1	0

pérdida de credibilidad y falta de confianza sobre la veracidad de los resultados entre los más jóvenes.

Roles estereotipados y división del cuidado. A lo largo de los discursos se identifican como parte inherente a la cultura la asignación de roles sociales dependientes del género. En nuestro estudio, a las mujeres se les atribuye el rol de cuidadoras del hogar, aceptando la ausencia de los hombres como algo normal dentro de su conducta: "Los hombres no hacen na de la casa" (E8). Este hecho se transfiere también a la crianza donde la responsabilidad del cuidado reside en las mujeres, limitando el rol de los hombres a la mera participación esporádica: "Porque ellos siempre hacen menos, somos las mujeres las que nos encargamos de los críos" (E5). Además, las mujeres de mayor edad son percibidas como el principal referente en la transmisión de los cuidados en el embarazo, parto y cuidados del recién nacido, ya que son las que sintetizan los saberes y tratamientos en salud: "Porque mi madre me dijo que le diera el pecho porque es mejor para ellos" (E1).

b) Hábitos y costumbres en la vida sexual

Anticoncepción. El conocimiento sobre anticonceptivos realiza una evolución favorable conforme viven las primeras experiencias reproductivas. Así pues, generalmente cuando inician las relaciones sexuales, el conocimiento anticonceptivo es muy limitado, llegando a ser nulo en algunos casos: "Cuando yo era una moza, yo no sabía na de eso" (E3). En este sentido es necesario destacar que tanto las mujeres con conocimientos sobre anticonceptivos como las que carecen de estos, negaban utilizar anticonceptivos en el inicio de las relaciones sexuales.

Una vez que ya han experimentado el hecho de ser madres y entran en contacto con los profesionales sanitarios, se observa que el uso anticonceptivo se generaliza en dichas mujeres, y además con amplia variedad en sus modalidades, siendo la más solicitada los anticonceptivos de larga duración: "Estuve usando el preservativo hasta que me puse el implante del brazo lo he llevao cinco años" (E2).

Conocimientos en salud sexual. Otro de los temas que emergen, es el riesgo asociado a tener relaciones sexuales sin preservativo. En la mayoría de los casos, el único riesgo asociado que se identificó fue el riesgo de embarazo, de manera que solamente tres mujeres detectaron el riesgo de las infecciones de transmisión sexual (ITS) pero con un nivel bastante limitado, identificando, a veces, únicamente el riesgo del Virus de la Inmunodeficiencia Humana: "los del Sida..." (E2).

c) Etapa reproductiva en embarazo, parto y puerperio

El embarazo. Para las participantes, la mayoría de los embarazos son deseados y motivados por satisfacer la necesidad de concebir generada por la imposición socio-cultural de ser madres; "y ya me había casado, entonces ya me tocaba empezar a tener hijos" (E7). Por lo tanto, esta etapa se relata de forma positiva.

Se destaca el buen seguimiento del control del embarazo, pero se evidenció una falta de asistencia a las clases de psicoprofilaxis obstétrica: "Yo es que de eso no sabía nada" (E7).

En cuanto a los cuidados en salud durante el embarazo, podemos observar en todos los casos una ganancia de peso por encima de la recomendación de 12,5 kg de la Sociedad Española de Ginecología

y Obstetricia.¹³ Sin embargo, destaca la ausencia de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas durante el embarazo.

El parto. Durante la experiencia del parto, la mayor parte de la muestra relató la presencia de la pareja durante el periodo de dilatación de manera compartida con las mujeres de la familia. De este modo, la figura materna es la que más colabora en este proceso, e incluso es elegida en algunos casos como acompañante durante el periodo de expulsivo, siendo así la primera opción por delante de la pareja de las mujeres: "*Me acompañó mi madre, lo decidí yo, no sé, con ella estaba yo más segura, me ayudó mucho*" (E7).

El puerperio. Los cuidados del recién nacido (RN) en nuestro estudio son considerados como una responsabilidad materna. Esto se justifica a través del rol de género atribuido a las mujeres el cual las relega al mundo reproductivo y las consolida como cuidadoras dado que se les presupone una mayor habilidad y destreza para dicha acción: "*Él dice que eso no sabe hacerlo y que yo lo hago mejor...*" (E8).

Discusión

El inicio de las relaciones sexuales y el inicio de la reproducción son coincidentes en el tiempo, poniendo de manifiesto la relación existente entre la sexualidad y la maternidad. Así, y en concordancia con nuestro estudio, las pautas reproductivas de las mujeres gitanas son diferentes, comenzando a tener hijos en la adolescencia y teniendo por término medio un número mayor de hijos.^{14,15}

El casamiento se asocia a las diferentes formas de unión social con la pareja más que a la unión formal (civil o religiosa) y se caracteriza principalmente por la consecución de la maternidad tras la unión. Del mismo modo, Fernando Serrano, identifica dos modos principales de casarse entre los gitanos: la boda y la fuga,¹⁶ o una combinación de ambas tal y como se muestra en los relatos de nuestro estudio.

Como apunta Miguel La Parra, la educación de las mujeres gitanas se orienta de forma temprana a su preparación para ejercer el rol de madres y esposas.⁷ Y por lo tanto, el inicio de las rela-

ciones sexuales con fines reproductivos y asociado al cumplimiento del rol socio-cultural asignado repercute en una mayor incidencia de matrimonios precoces.

Los temas relacionados con el sexo solo tienen cabida en el matrimonio, representando un tema prohibido en las mujeres gitanas solteras. De esta manera se resalta la virginidad como la mayor virtud de la mujer, ya que únicamente siendo virgen el casamiento puede realizarse con toda amplitud.¹⁷ De este concepto emana la importancia de la tradicional "prueba del pañuelo" que verifica la virginidad de la mujer. Sin embargo, en la actualidad esta prueba tiene un carácter voluntario debido a la pérdida de credibilidad sobre la veracidad de los resultados entre los más jóvenes, por lo que hay gitanos que no practican esa prueba, incluso la desaprueban.¹⁶ En este sentido, nuestras participantes coinciden con las afirmaciones de Begoña Pernas, manifestando que en las nuevas formas de unión social no es necesario el realizar dicha prueba pero si se mantiene como tradición la virginidad de la mujer,¹⁸ reconociendo una vez más, cómo la sexualidad de las niñas se relaciona con la dignidad de la familia.

De acuerdo con Teresa Yago et al, el rol de género influye en el comportamiento sexo-reproductivo de las chicas jóvenes, siendo necesario conocer cómo han interiorizado los mandatos de género y su influencia.¹⁹ Así pues, según nuestro estudio, las mujeres son las encargadas del cuidado del hogar, responsables de la crianza y transmisoras de los cuidados en salud. Por lo tanto, y en consonancia con Miguel La Parra, podemos observar como la persistencia de una fuerte diferenciación sexual de los roles en estas comunidades hace que sean las mujeres las que carguen con gran parte del esfuerzo de sacar adelante a sus familias,⁷ mostrando la subordinación de las mujeres gitanas en la etapa reproductiva, patrón cultural que también se extiende en todos los ámbitos de la vida.²⁰

Los conocimientos y el uso de anticonceptivos son escasos al inicio de las relaciones sexuales, sin embargo experimentan una ampliación una vez iniciada la maternidad. En consonancia con los resultados, Ariadna Ayala afirma que esto puede deberse a la virginidad atribuida a las mujeres antes del matrimonio

y a la intención de tener hijos de manera inminente tras el matrimonio.^{5,21} Cabe destacar que en nuestro estudio, una vez ejercida la maternidad, las mujeres optan por métodos anticonceptivos seguros, en contraposición con varios estudios en los que se encontraron niveles bajos de conocimientos anticonceptivos, y un uso irregular de los mismos, utilizando el coito interrumpido como anticonceptivo prioritario.²²

Otro aspecto destacado es el desconocimiento de las ITS, de manera que en la mayoría de los casos el embarazo es el único riesgo percibido al mantener relaciones sexuales. Este desconocimiento sobre ITS fue también obtenido en un estudio realizado por J.A Kelly et al.²³ Además, Djonic et al. encontraron mayores tasas de ITS y comportamientos sexuales de riesgo en la población gitana.²⁴

Durante el embarazo destaca la vivencia positiva de este. En contraposición con nuestros resultados, el estudio de MJ Montés muestra una peor percepción de la salud en el embarazo asociado al desconocimiento y adolescencia.¹¹ No obstante, en este mismo estudio, y en concordancia con nuestros resultados, se muestra que generalmente las mujeres gitanas realizan un buen seguimiento de las visitas programadas en el control del embarazo aunque ninguna de ellas muestra interés ni reconoce haber acudido a algún tipo de curso preparatorio al parto, al igual que en un estudio realizado en Zaragoza.²⁵ No obstante, y en contraposición con los estudios consultados^{26,27} cabe destacar, la ausencia de hábitos tóxicos, ya que ninguna refirió haber consumido tabaco, alcohol o drogas en el embarazo.

En cuanto al parto, se destaca la importancia de la pareja, pero sobretodo la importancia de la figura de la mujer en la familia (futura abuela), siendo en ocasiones, incluso, elegida como acompañante durante el momento del expulsivo. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en un estudio sobre determinantes de la salud de la población gitana cántabra.²⁸ El motivo principal de este hecho puede ser el perfil característico que aportan las mujeres de seguridad, tranquilidad y confianza en el proceso del parto.

Durante el puerperio, debido al rol de género atribuido a las mujeres, se les

consolida como cuidadoras principales, de manera que el hombre pasa a tener un papel de ayudante en el cuidado del RN. Esta implicación limitada del hombre gitano en los cuidados de los RN también se describe por Dailys Garcia et al.²⁹

Conclusiones

La división de los roles en el cuidado durante la etapa reproductiva atribuye a la mujer gitana una maternidad precoz, papel principal de cuidadora y del trabajo doméstico. Estos rasgos culturales, junto con la información limitada sobre planificación familiar al inicio de las relaciones sexuales, y el déficit de conocimientos que favorecen un cuidado eficaz durante la etapa reproductiva (embarazo, parto y puerperio), crea la necesidad de trabajar de forma activa para establecer estrategias y actividades de educación sanitaria centradas en las necesidades de estas mujeres y enfocadas en la mejora de la salud sexual y reproductiva de las mismas.

Bibliografía

1. La Parra Miguel, Perez Eransus B. La comunidad gitana: el grupo étnico más excluido de la sociedad española. La exclusión social en España. Madrid: Fundación Foessa; 2009.
2. Tuset MG, Roca A, Alamillo P, Martorell MA. La salud y las creencias del pueblo gitano en Europa: Revisión Bibliográfica. Cultura de los Cuidados. 2012; XVI (34):71-80.
3. Gitano FS. Población gitana y empleo. Madrid: Fundación Secretariado Gitano, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2008.
4. Fundación FOESSA. VI Informe sobre la exclusión y desarrollo social en España. Madrid: FOESSA; 2008.
5. Hajioff S, McKee M. The health of the Roma people: a review of the published literature. J Epidemiol Community Health. 2000; 54 (11): 864-869.
6. Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva: OMS, 2006.
7. La parra, M. Situación social y tendencias de cambio en la Comunidad Gitana. Universidad Pública de Navarra. Pamplona: ALTER Grupo de Investigación; 2007.
8. Naciones Unidas. Informe de la conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 5-13 de febrero 1994. Nueva York, 1995.
9. Ferrer F. El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. Gac Sanit. 2003; 17 (3): 2-8.
10. Figueroa JG. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. Cad Saúde Pub. 1998; 1 (14):87-96.
11. Montes-Muñoz, María Jesús. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos [tesis]. Tarragona: Universitat Rovirai Virgili; 2007.
12. Blázquez, María Isabel. Aproximación a la antropología de la reproducción AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana. 2005; 42 (6): 1-25.
13. Gonzalez Gil PM, Herranz A, Couceiro E. Metabolismo en el embarazo modificaciones endocrinas. Sistema Nervioso y Modificaciones Psíquicas. Fundamentos de obstetricia SEGO. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2007. p. 191-201.
14. Sepkowitz KA. Health of the world's Roma population. The Lancet 2006; 367(9524): 1707-1708.
15. Sedlecky K, Rašević M. Challenges in sexual and reproductive health of Roma people who live in settlements in Serbia. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2015; 20(2): 101-109.
16. Serrano Lara, Fernando. Mujer Gitana. I Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres; 2009. Jaén: Asociación de Amigos del Archivo Histórico Diocesano de Jaén. Disponible en: http://www.revistacodice.es/publi_virtuales/i_con_h_mujeres/documentos/comunicaciones/comuSerranoLara.pdf [acceso: 17/03/2016].
17. Ibarra E. Conoce al pueblo gitano. Materiales didácticos nº 1. Movimiento contra la Intolerancia, 2007. p. 43. Disponible en: <http://www.movimientocontralaintolerancia.com/download/didacticos/numero1.pdf> [acceso: 10/05/2016].
18. Pernas, Begoña. Cuadernos de trabajo: La cuestión gitana. Reflexiones en torno a la educación y el cambio social. Madrid: Comunidad de Madrid; 2003.
19. Yago-Simón, Teresa; Tomás-Aznar, Concepción. Condicionantes de género y embarazo no planificado, en adolescentes y mujeres jóvenes. Anales de Psicología 2015; 31(3): 972-978.
20. Gajšek N. The rights of the Roma community in the Republic of Slovenia. [thesis]. Ljubljana: Faculty of Social Sciences; 2004.
21. Ayala Rubio, Ariadna. Actitudes y pautas de comportamiento de la población gitana de la Comunidad de Madrid en relación a su salud. Madrid: Comunidad de Madrid; 2008.
22. Nikolic Z, Djikanovic B. Differences in the use of contraception between Roma and non-Roma women in Serbia. Journal of Public Health 2015; 37 (4): 581-589.
23. Kelly JA, Amirkhanian YA, Kabakchieva E, Csepe, P, Seal DW, Antonova R et al. Gender roles and HIV sexual risk vulnerability of Roma (Gypsies) men and women in Bulgaria and Hungary: an ethnographic study. AIDS care 2004; 16(2): 231-245.
24. Djonc D, Djuric M, Bassioni-Stamenic F, McFarland W, Knezevic T, Nikolic S et al. HIV-related risk behaviors among Roma youth in Serbia: results of two community-based surveys. J Adolesc Health. 2012; 52:234-240.
25. Martorell MA, Rodríguez T. La fecundidad en las mujeres gitanas: creencias, valores y prácticas. Index de Enfermería 2015; 24(4): 202-206.
26. Bobak M, Dejmeck J, Solansky I, Sram RJ. Unfavourable birth outcomes of the Roma women in the Czech Republic and the potential explanations: a population-based study. BMC Public Health. 2005; 5(1): 106.
27. Balázs P, Rákóczi I, Grenzer A, Foley KL. Risk factors of preterm birth and low birth weight babies among Roma and non-Roma mothers: a population-based study. The European Journal of Public Health 2013; 23(3): 480-485.
28. De Buruaga Sáenz MJ. Estudio sobre determinantes de la salud de la población gitana cántabra. Observatorio de salud pública de Cantabria. Cantabria: Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 2012.
29. García Jordá, Dailys; Díaz Bernal, Zoe. Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. Rev Cubana Salud Pública. 2010; 36(4): 330-336.



Si compartimos un proyecto ilusionante
 Si somos capaces de contagiar a otros
 Si promovemos la idea de que es posible hacer lo aparentemente imposible
 Si no encontramos más obstáculos que el deseo de llegar a más
 Si nos miran como gente deseable
 Solo se debe a personas como tú
 Que haces del compromiso solidario
 El mejor regalo que cotidianamente recibimos de ti