



Estilos de vida de la comunidad gitana

Alimentación

Actividad física

Seguridad en la carretera y en el hogar

Estilos de vida de la comunidad gitana

Trabajo realizado dentro del Acuerdo de Colaboración suscrito entre el MSC y la FSG y el Convenio de Colaboración de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con la FSG.

Co-Edición:

Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC)	Fundación Secretariado Gitano (FSG)
Dirección General de Salud Pública	Departamento de Acción Social.
y Sanidad Exterior.	Área de Salud.
Área de Promoción de la Salud.	

Coordinación técnica:

Marta Gutiérrez Sastre
Profesora del Departamento de Sociología y Comunicación
Universidad de Salamanca

Diseño gráfico e impresión:

A.D.I.

NIPO: 351-08-112-3

Depósito legal: GU-441/2008

©MSC-FSG
Madrid 2008

Este material es gratuito y queda prohibida cualquier comercialización del mismo. No se requiere autorización para reproducir mediante fotocopias este documento en su integridad. Si se usa total o parcialmente debe citarse su procedencia.

Índice

Introducción	5
Metodología.	7
Nosotros, los gitanos y las gitanas, frente a la salud	11
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	15
Alimentación	19
Actividad física	27
Percepción del riesgo: seguridad en la carretera y en el hogar	31
Seguridad vial	31
Seguridad en el hogar	33
Algunos aspectos a tener en cuenta: Conclusiones	35

Introducción

La construcción social de la salud y la enfermedad¹ se encuentra muy mediatizada por aspectos de ámbito cultural que dotan de distinto significado el bienestar (o malestar) que perciben los sujetos. Las cuestiones culturales de cualquier colectivo no se refieren a sus folclorismos más visibles, sino a todos los aspectos que, desde las esferas más cotidianas, dan sentido a la vida, al grupo y a las relaciones sociales². De esta forma, y refiriéndonos a la comunidad gitana, se descubre que los aspectos culturales propios del colectivo desempeñan un papel determinante en su particular interpretación de la salud³.

La desigualdad constituye un factor explicativo del estado de salud de los grupos sociales⁴ pero, para abarcarla es necesario conocer tanto los elementos objetivos que describen sus condiciones de existencia⁵ como los aspectos culturales; los valores y creencias por las que se rige su comportamiento.

Esta investigación tiene el objetivo de adentrarse en el universo cultural gitano para comprender el significado de estilos de vida que, a priori, resultan poco saludables. El ámbito de estudio es el de las conductas cotidianas relacionadas con la alimentación, la actividad física y la seguridad doméstica y vial, así como la percepción social que cobra la idea de promoción de la salud.

La comunidad gitana mantiene una visión colectiva de la salud volcada en las necesidades del grupo⁶ – con funciones productivas para los hombres y reproductivas para las mujeres- y, claramente determinada por las categorías de sexo y edad⁷. En este marco, existe espacio para los cambios encaminados a producir mejoras en el estado de salud del sujeto, por eso, la idea de promoción en el ámbito cotidiano constituye una pieza tan importante en la mejora de la salud individual.

¹ Herzlich C, Pierret J. De ayer a hoy: construcción social del enfermo. Cuadernos Médicos Sociales, 1988; 43:21-30.

² San Román T. La diferencia inquietante: viejas y nuevas estrategias culturales de los gitanos. Madrid: Siglo XXI; 1997

³ Sánchez Máñez A, Dorado García ML. Los gitanos en España: una aproximación socio-sanitaria. En: Estébanez P. Medicina humanitaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2005. p 791-96

⁴ Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Como la desigualdad social daña nuestra salud. Barcelona: Viejo Topo; 2005

⁵ Arayici A. Algunas reflexiones sobre la minoría gitana en Europa. Disponible en: <http://www.unesco.org/issj/rics156/arayicispa.html>.

⁶ Salud y Comunidad gitana. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.

⁷ Lagunas Arias D. Resolviendo la salud. Los gitanos catalanes. Gazeta de Antropología 1999;15:

En este trabajo se analizan algunas de las dificultades a las que se enfrenta la comunidad gitana a la hora de interiorizar nuevos estilos de vida al margen de los tradicionalmente establecidos por el grupo⁸ El marco colectivo en el que se construye la salud busca la protección del conjunto, pero dificulta la introducción de pautas saludables, que no encuentran suficiente justificación en una comunidad acostumbrada a afrontar contextos muy difíciles, pero no a planificar determinadas conductas⁹.

⁸ En materia sexual, el débil peso de la prevención es visible respecto al escaso uso de los métodos anticonceptivos. Reig, S, Curóls S, Balcells J, Batalla C, Ezpeleta A, Comín E. Anticoncepción: gitanas frente a payas. Aten Primaria 1999; 23:63-7

⁹ Ayala Rubio A, Pérez-sutil del Cueto R. Lógicas preventivas de la población de etnia gitana madrileña: recomendaciones para la intervención. Ponencia del IX Congreso Español de Sociología. Barcelona 2007

Metodología

De cara a desentrañar los signos que configuran las actitudes y condicionan los comportamientos de la comunidad gitana en salud, en el estudio se utilizaron técnicas cualitativas de investigación.^{10, 11, 12} En ningún sentido se pretendía contabilizar las conductas de la comunidad, más bien se trataba de comprender las lógicas por las que ésta se rige en sus prácticas cotidianas. Por eso, más que saber lo que se hace, interesaba encontrar el significado de por qué se hace lo que se hace, especialmente cuando se prevé que algunas de las conductas no resultan saludables.

Se realizaron dos grupos de discusión^{13, 14} por considerar que esta técnica consigue reducir el control del investigador sobre el sujeto – una cuestión imprescindible teniendo en cuenta que se trabajaba con población gitana- y le permite hablar sobre su propia percepción, con lo que, al margen de las concepciones iniciales del equipo de investigación, el grupo de discusión nos permite adentrarnos en el discurso propio de la comunidad. La utilización de esta técnica nos facilita las imágenes colectivas y los signos que configuran los estilos de vida de la comunidad gitana. El discurso producido se traduce en el descubrimiento de los elementos que de manera esencial configuran la identidad social gitana y su predisposición hacia la salud.

Los grupos de discusión son una técnica utilizada en la investigación social basada en la creación de un espacio artificial donde, a propuesta de un determinado tema, un número de participantes, generalmente ocho, expresa sus opiniones con los matices e interrupciones que consideren oportunos. La técnica del grupo de discusión trata de eliminar cualquier jerarquía que se pudiera producir no sólo entre el equipo de investigación y los sujetos participantes, sino dentro del propio grupo. Por ello es necesario

¹⁰ Vázquez ML, Ferreira MR, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas aplicadas en salud. Barcelona: UAB, Servei de Publicacions; 2006.

¹¹ Pérez Andrés C. Sobre la metodología cualitativa. Rev. Esp. Salud Pública. 2002; 76: 373-80.

¹² Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis; 1997.

¹³ Murillo S, Mena L. Detectives y camaleones: el grupo de discusión. Una propuesta para la investigación cualitativa. Madrid: Talasa; 2007.

¹⁴ Ibáñez J. Más allá de la sociología: el grupo de discusión: teoría y crítica. Madrid: Siglo XXI; 1986.

que no existan grandes diferencias en las posiciones estructurales – clase social, nivel educativo, influencia en el grupo, edad... - que ocupan los participantes.

La técnica del grupo de discusión no se sirve de un guión estructurado, porque se considera más productivo que el propio sujeto participante se convierta en sujeto reflexivo y organice su discurso en el orden y la prioridad que considere oportuno. El moderador debe dejar hablar al grupo, aunque sí ha elaborado previamente un guión con los temas principales, que sólo introducirá, como una provocación, en el caso de que el grupo se desvíe en exceso del tema tratado. El contenido en este caso del grupo se centraba, por un lado, en las prácticas cotidianas que se llevan a cabo en relación a la alimentación, la actividad física y la seguridad vial y doméstica, y, por otro, en el vínculo que podía encontrarse entre determinados estilos de vida y los procesos de salud – enfermedad que afectan a los sujetos. El abordaje de los temas es familiar y grupal, y no individual, como no podía ser de otro modo al trabajar con el colectivo gitano.

Las omisiones del discurso - lo que no se aborda o lo que no se dice - resultan tan significativas como lo que el grupo de discusión elige para manifestarse abiertamente. Los silencios también tienen cabida en la interpretación y el análisis, así como los énfasis, los acentos y aquellos temas que, por resultar difíciles o comprometidos, son abordados con suma prudencia por parte de los participantes.

La técnica de los grupos de discusión no trabaja según muestras representativas por lo que no necesita cubrir absolutamente todos y cada uno de los grupos sociales, de edad, sexo, o clase social. Por el contrario, con un reducido número de grupos de discusión se puede conseguir un nivel de cobertura interesante sobre las cuestiones investigadas. Lo que es necesario es seleccionar bien el grupo o los grupos que resulten más adecuados (porque conocen el tema o tienen experiencias propias, porque presentan menos reservas para hablar, porque tienen una visión particular, porque ejercen influencia sobre otros...).

Participantes y criterios de selección:

Se realizaron dos grupos de discusión de mujeres gitanas, uno de mujeres jóvenes (de 25-34 años) y otro de mujeres mayores (de 35-44 años) residentes en la ciudad de Salamanca. El primer grupo estuvo compuesto por siete mujeres jóvenes, cinco de ellas madres, una mujer embarazada y otra que no tenía hijos. La mayor parte de ellas vivían en su casa con su pareja y sus hijos, aunque tres vivían en casa de sus padres. Ninguna destacó en el terreno educativo y económico sobre las demás ni presentaban una especial situación de exclusión social.

El segundo grupo estuvo compuesto por diez mujeres “mayores” todas ellas madres. La mayor parte de ellas vivían en casa con su marido y sus hijos aunque dos vivían en casa de sus padres. Ninguna destacó en el terreno educativo y económico sobre las demás ni presentaban una especial situación de exclusión social.

Los grupos se realizaron exclusivamente con mujeres, la casi totalidad madres, por entender que son éstas las que asumen la responsabilidad del cuidado de la familia y, por lo tanto, las que mejor conocen los comportamientos cotidianos en relación a la alimentación, el ejercicio y la seguridad. Se rechazó la idea de realizar un grupo de discusión con hombres gitanos por entender que la temática doméstica no les iba a resultar excesivamente atractiva y que sus propias experiencias no serían tan ricas como las de las mujeres. Además, se presuponía que, como grupo, posiblemente se mostrarían menos abiertos en la expresión de sus actitudes y comportamientos cotidianos. Por otro lado, la creación de grupos mixtos de mujeres y hombres no estaba justificada para no reproducir las tradicionales relaciones de dominación entre géneros que fueran a condicionar las voces de los agentes más cualificados, en este caso las mujeres. El equipo de investigación entendía que las mujeres solas podrían sentirse más libres para expresar sus opiniones que con la presencia de hombres.

Las mujeres, además, presentan menos problemas a la hora de verbalizar su conducta, y aunque no actúan de una manera individualizada sino siguiendo las pautas del grupo de pertenencia, argumentan su posición en relación a las prácticas comunitarias. Para la selección de las participantes no se estableció ningún otro requisito que no fuera el de situarse en la media económica y sociocultural de la comunidad y no desempeñar ningún papel simbólico en el grupo de pertenencia; es decir, no resultar un miembro destacado ni por arriba ni por abajo en la escala social.

La técnica del grupo de discusión requiere que sus miembros no se conozcan para poder establecer de esta forma relaciones más espontáneas y libres, que no estén marcadas por posicionamientos previos. No se consiguió, sin embargo, esta premisa debido a la limitación de las redes gitanas en una ciudad pequeña como Salamanca, sin embargo, sí se logró un discurso suficientemente rico, especialmente entre las más jóvenes. Es importante señalar que los grupos realizados proceden de niveles socioeconómicos y educativos similares y de contextos "normalizados", es decir, de ámbitos fuera de la exclusión social, cuyos hábitos serán sin duda diferentes y en los que habrá que profundizar en otras investigaciones.

La división por edad se realizó con el fin de descubrir las diferencias que afectan a cada grupo eliminando la jerarquía de poder que se produce entre las mujeres mayores y las jóvenes. De hecho, se encuentran diferencias importantes en el discurso de jóvenes y mayores, siendo las últimas más precavidas que las primeras. No se cuentan con datos estadísticos que permitan hablar de los cambios en la salud de las mujeres gitanas a partir de los 35 años, sin embargo, la experiencia de los grupos marca una clara línea divisoria entre las jóvenes y las mayores. Las jóvenes no muestran problemas de salud importantes, pero el grupo de 35 a 44 años presentó una alta presencia de discapacidades, tumores y enfermedades con graves secuelas, lo que las hace hablar, no de prevención, porque para algunas ya es tarde, pero sí de cuidado. En este sentido, sería interesante avanzar en el estudio del envejecimiento prematuro que se produce en este colectivo. Resultaría también necesario indagar en las actitudes y posiciones respecto a las prácticas preventivas que muestran las mujeres más jóvenes, de 18 a 24 años.

La selección de las personas se llevó a cabo desde el Secretariado Gitano de Salamanca y las personas recibieron una pequeña gratificación por participar en el grupo. Esta gratificación se considera necesaria para la buena marcha del grupo porque inicialmente motiva la aceptación a participar y se interpreta como una prueba de agradecimiento por su colaboración.

Análisis de resultados:

Después de la realización de los grupos de discusión éstos fueron transcritos literalmente para permitir el correcto análisis e interpretación de los resultados. De cara al análisis, las transcripciones de los grupos reciben tres lecturas diferentes. La primera debe realizarse poco después de realizar el grupo y constituye una lectura rápida con el fin de recoger las primeras impresiones. La segunda lectura se dirige a entresacar los grandes temas, identificando los significados y referentes que han centrado la discusión, atendiendo al momento en que se pasa de un tema a otro, así como a los acuerdos y desacuerdos, silencios y risas que se producen en el grupo. La última lectura es una lectura trasversal por la que se busca la coherencia argumentativa de cada uno de los grupos. En esta etapa es conveniente alcanzar algún tipo de mapa conceptual de los principales referentes aparecidos.

A partir de ahí se trata de elaborar el informe que sistematice toda la información recibida y que es el que aparece a continuación.

Nosotros, los gitanos y las gitanas, frente a la salud

“Yo, si tengo una enfermedad que tengo, si me encuentro mala a no ser que me veo ya en las últimas que no puedo levantarme del sillón, yo a los médicos no voy.”

Esta frase vendría a ser una síntesis de la relación que tiene la comunidad gitana, especialmente si son mujeres, con la salud y con el sistema sanitario. En primer lugar, la enfermedad sólo existe cuando se manifiesta, con dolores y síntomas concretos y, en segundo, hasta que esta manifestación no es muy evidente no se toma ninguna medida que implique al sistema sanitario.

Esta actitud supone una declaración de principios básicos, por gitana y por mujer. Por gitana, por la idea de que los gitanos son fuertes y sólo enferman de muerte, y por mujer, porque son las que cuidan pero no pueden permitirse el lujo de ser cuidadas. Esto lo declaran casi sin diferencias las mujeres más jóvenes y las más mayores.

La creencia en una fortaleza intrínseca dificulta las visitas al médico. *“Yo nunca he estado mala, yo nunca he estado mala, gracias a Dios, siempre he estado como estoy ahora. (...) y a los niños les pasa igual, nunca han estado malos, nunca”.*

Se encuentran muchas justificaciones para no acudir al médico de manera preventiva: el pensar que las enfermedades aparecen y no se puede hacer nada, el pensar que los males con el tiempo se pasan, el creer que es mejor no saber lo que se tiene o, simplemente, el pensar que nadie mejor que uno mismo para valorar el estado de salud personal. La costumbre de gestionar los procesos de salud y de enfermedad a través de los consejos del grupo y de la automedicación parece muy extendida. *“Yo me receto yo. Me duele la garganta, tengo fiebre, ya voy. Yo soy médica”* dice una mujer para justificar su comportamiento respecto a su “conocimiento farmacológico”.

En el caso de las mujeres esta actitud estaría muy arraigada puesto que, además, necesitan el consentimiento (o la insistencia) de la comunidad, de la familia, de sus padres... para ir al médico. El resto de la familia, debe presionarla para que ella se anime a ir; la mujer espera hasta que se siente muy mal, y entonces los familiares la obligan a ir.

“ *Te vas dejando y lo vas dejando, hasta que luego ya tienes que ir forzosamente. Pero siempre te lleva algún familiar, tampoco cuando vas vas tú. Siempre están detrás de ti hasta que vayas.* ”

Hay conciencia de que esta dejadez es negativa, y eso en las mayores genera autocritica sobre un comportamiento tan arraigado en la comunidad. Las mujeres más mayores ya han tenido experiencias negativas, algunas han sufrido enfermedades muy graves y relatan en su persona los inconvenientes de esta actitud.

Esta autocritica podría interpretarse como una primera toma de conciencia hacia la necesidad de adoptar cambios en el comportamiento, pero también constituye una forma de reproducir la exclusión; es decir, de autoinculparse de la situación reforzando de manera abierta la idea de que “ellos”, siempre en sentido colectivo, “son así” y nada puede hacerse por cambiarlos. Es su forma de responder a las exigencias que le presenta la sociedad mayoritaria no gitana. Frente al requerimiento de que “hay que ser preventivos” reconocen que *ellos* no lo son.

No se cuenta con datos estadísticos suficientes que permitan hablar de los cambios que se producen en la salud de las mujeres gitanas a partir de los 35 años, una edad todavía temprana para sufrir problemas de salud graves, sin embargo, la experiencia de los grupos de discusión realizados marca una línea divisoria muy fuerte entre las jóvenes y las mayores. Las jóvenes no muestran problemas de salud importantes, pero el grupo de 35 a 45 años presenta una incidencia muy elevada en cuanto a discapacidades, tumores y enfermedades con graves secuelas.

El discurso en este sentido difiere. Si las jóvenes reconocen, sin más, que se deberían seguir los tratamientos y las revisiones planificadas, las mayores lamentan en su persona no haberlo hecho a su debido momento.



“ *Pienso que es un atraso muy grande el que cometemos porque si hubiésemos... yo si hubiese ido antes, me tenía que ver con las piernas pataleando pa ir al médico. Si hubiese ido antes no me hubiese tenido que hacer la operación que me hicieron tan grande, y tan mal que lo pasé. Y tan mal como he quedado, porque he quedado yo como una vieja de muchos años y si hubiese ido antes no hubiese llegado a tanto. (...).*

...Algo que teníamos que haber empezado muchos años antes. Lo que pasa es que lo dejamos, y siempre nosotras para lo último, para lo último y muchas ya...

- El virus este que me pasó a mí de alto riesgo, fue por el primer niño que tuve, me mandaron al ginecólogo a los 15 días de dar a luz. Pues me lo dejé ocho años sin ir al ginecólogo, con infecciones y ya el útero...

Eso sí, si la dejadez con ellas mismas se interpreta como una forma intrínseca de ser, cuando se trata de los hijos, se manifiesta una clara predisposición hacia la visita médica. “*Para los niños sí. Yo, se ponen los niños malos y voy la primera*”. Esto es positivo, sin lugar a dudas porque, al margen de que en la práctica llegue o no a concretarse en determinadas medidas preventivas, sí parece existir el consenso de que “hay que llevar a los niños al médico”, lo que incrementa la presión social hacia conductas de control sanitario (vacunación y revisión).

Para las mujeres, la salud no es sino un medio para llevar a cabo su actividad principal que es cuidar, por eso no pueden permitirse caer enfermas. Eso lo saben perfectamente las mujeres más mayores que ya han tenido enfermedades graves. No se pueden hundir. El ánimo es fundamental, no para ellas, sino para responder a las exigencias que el grupo deposita en ellas, cuidar a la familia. Si ellas se hunden, la familia entera se hunde y eso es un lujo en el que no pueden caer.

“ *Porque si te decaes, te hundes y ya, lo hundes al marido, a los hijos y a todo. Así que ¿qué haces?, pues tienes que tirar, aunque estés enferma tienes que tirar palante.*

... y enferma y todo me toca sacar la casa adelante. Y ponerme triste no puedo y ponerme mala tampoco puedo.

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Los principios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad resultan vitales de cara a llevar a cabo cualquier programa de mejora de la salud. En el caso de la comunidad gitana, se encuentran algunas dificultades a la hora de poner estos principios en práctica. La primera de ellas se encuentra en su concepción de la **enfermedad como algo desligado de las prácticas cotidianas** y sin una causa en las condiciones o el estilo de vida. Si la enfermedad aparece sin un motivo aparente, de nada sirve llevar a cabo determinados comportamientos. No se encuentran argumentos que justifiquen la introducción de prácticas saludables que siempre suponen un esfuerzo y no ofrecen resultados visibles.

Se han mencionado las diferencias entre jóvenes y mayores. No son las jóvenes las más preventivas sino, por el contrario, las mayores, aquellas que ya han tenido experiencias cercanas de enfermedad grave. Parecería que el grupo, para modificar un cambio de conducta necesitara verlo de cerca, cuando no vivirlo personalmente. La cuestión es que si uno se tiene que apoyar en la experiencia, la prevención llega demasiado tarde porque ésta se basa justo en lo contrario, en la actuación previa y anterior a que se haya producido algún problema.

La segunda de las dificultades a la hora de establecer medidas preventivas es su concepción sobre **la enfermedad como una categoría que se tiene o no se tiene**. No se percibe la relación entre la salud y la enfermedad como un continuo si no que, en base al argumento de la fortaleza intrínseca de los gitanos, se tiende a pensar que aquellos que, hasta ahora, no han tenido ninguna enfermedad, lo "normal" es que no lleguen a desarrollarla. Con lo cual, volvemos a encontrar que las medidas preventivas no tienen mucho sentido.

De esta forma, el cuidado sólo se entiende para los que ya están enfermos, si alguien no tiene una enfermedad, ¿para qué prevenir?. Se encuentra justificado que alguien quiera cuidarse cuando está malo pero no que se cuide sin estarlo. No existe una planificación individual de las conductas y no se entiende la antelación ante una situación futura. Esto confirmaría la idea de que existen dificultades para llevar a cabo conductas anticipadas

que rompan la dinámica de responder al momento a las situaciones a las que se enfrentan. En realidad, la falta de prevención es una conducta perfectamente lógica en su esquema organizativo económico y laboral. Aunque el sistema sanitario propugne las bondades de la prevención, es cierto que ésta sólo puede llevarse a cabo en ciertas condiciones, condiciones de estabilidad que no siempre se encuentran en la realidad de la comunidad gitana. De ahí que los mensajes preventivos no terminen de calar en su esquema de funcionamiento.

Continuando con la percepción que se tiene de la enfermedad mencionar que las enfermedades importan en la medida en que incapaciten para el trabajo. Las enfermedades graves, las “internas”, serían las que impiden continuar con las responsabilidades de cada uno, frente a ellas, las “leves”, que son las crónicas, acompañan al sujeto pero no son serias. No hay cabida para pensar en una prevención que evite las enfermedades graves, no se puede hacer nada desde lo cotidiano, sólo desde lo sanitario, por lo que se espera que el médico haga un buen tratamiento y luego haya una rápida recuperación. En cuanto a las enfermedades crónicas, la prevención es limitada (no comer sal, grasa...) porque sólo parece estar justificada en la medida en que evite padecimientos y dolores.

“ *Si comes hamburguesas o pizzas pues ya el colesterol te sube.*

(...) No me digas que es, por ejemplo enfermedad grave. Lo que si te afecta por ejemplo es las personas que tienes la tensión, que comes más salado (...) Bueno si tienes algo de eso pues te lo vas cuidando, pero no por el hecho de tener una alimentación te vas a poner enferma, si no si ya tienes algo pues trata de, con una alimentación llevarlo mejor.

”

En cualquier caso, siempre vamos a apreciar más conciencia y preocupación entre la población mayor que entre los jóvenes porque el problema les afecta personalmente.

La prevención tiene carácter sanitario pero no social, no alcanza a las formas de vida y se limita a las visitas al médico, las revisiones, los chequeos, el cumplimiento de los tratamientos... La máxima prevención que se entiende es ir al médico en el momento en que uno se siente mal o cumplir con las revisiones programadas.

“ *Moderadora: ¿Por qué la gente se pone mala?*

- Porque no nos hacemos caso. Dejamos, dejamos y luego cuando queremos ya no podemos. Por eso muchas de las cosas se nos complican.”

- Si soy de estas que dicen, pues bueno me quedo aquí y no voy, yo ya estaría mal, estaría viva pero estaría en una silla de ruedas. Si me dejo, pero como no me dejo ninguna revisión... hay veces que tengo que ir hasta tres veces al mes y ahí estoy.

”

No hay diferencias entre quien vive de manera saludable y quien no, existe una división clara que es la económica y que separa al rico del pobre, pero, frente a la enfermedad, que iguala a todos, las divisiones son provisionales.

“ *No tenemos la vida comprada, si te entra pues te entra y se acabó*
- *La enfermedad ataca igual a uno que tenga dinero que el que*
[no lo tenga]... ”

Esto dificulta la idea de prevención, si al final la enfermedad es una cuestión de destino no tendría ningún sentido “cuidarse, hacer una buena alimentación, hacer ejercicio...”, de ahí que la primera medida de promoción sería reflejar que el cuidarse sí tiene repercusiones positivas en la salud, tanto en la mortalidad como en la morbilidad.

La idea de lo saludable, como una serie de prácticas que son buenas para la salud, existe de una manera débil en el imaginario gitano. La interpretación de las formas de vida pasa por el sesgo económico, “los que pueden y los que no pueden”, los primeros hacen una cosa y los segundos otra. La “buena vida” es la que se corresponde con “los que pueden” y con el modelo de referencia para el resto. En caso de contar con más recursos, los segundos imitarían la forma de los primeros.

Curiosamente, y a diferencia de lo que ocurre con el colectivo no gitano, los grupos con más recursos no son los que reproducen estilos de vida más saludables, sino los que demuestran acogerse a las formas más cómodas de vida, que en este estudio se manifiesta en aspectos como el uso y el abuso del coche o furgoneta, la generalización de la comida rápida- comida basura, el consumo de golosinas... En este sentido, y sobre todo en los grupos más jóvenes, los límites parecen encontrarse en cuestiones económicas, si tuvieran más dinero irían más al burger, si tuvieran otro coche andarían menos, mientras tengan dinero las meriendas se las proporciona el quiosco...

Por ello, sería necesario reflejar que los consumos ostentosos no son los modelos más adecuados sino en ocasiones todo lo contrario; que la salud no se equipara a riqueza, lo que es lo mismo que pensar que hay prácticas saludables que no tienen porque ser caras ni exclusivas de los grupos más pudientes y que se pueden llevar a cabo de manera barata y sencilla.

Existe una particular forma de representación social de la salud muy vinculada a la estética y que sólo afecta a las mujeres más jóvenes. Se trataría de la idea de “estar sanos” como “estar guapos”, una belleza un tanto tradicional, dirigida al varón, que enfatiza la idea del “cuidarse para que me quieran, para que los demás me vean guapa...”.

“ Me preocupa mucho [la salud]. Incluso, ya te digo, hay gente que dice, bueno pues si tiene la boca, los dientes mal, bueno, pues lo dejan. Yo no soy partidaria de eso. La niña tiene diez años, que es una niña, pero ya me preocupa para cuando ella tenga 15 o 16 años pues si salen que se vea ella guapa, que se vea bien, ¿entiendes?

- Ahora a las mujeres, pues, nos gusta arreglarnos más y claro, y si tienes, pues, yo que se, eh..., que te voy a decir, ¡varices!, es un ejemplo, en las piernas, pues no te agrada verte ahí con una falda corta o un pantalón corto (...)

”

Esta forma no es extensible a todas las mujeres, ni siquiera a todas las jóvenes, pero se encuentra presente y habría que estar atento a ella por el potencial que implica respecto a la promoción de salud en adolescentes.

“ Depende. Primero por dentro y después ya por fuera. Yo prefiero estar por dentro bien, y sanita, lo de fuera lo que menos me importa. Luego ya si por dentro estoy bien, ya por fuera me arreglaré. La salud ante todo es lo principal, sin salud no tienes nada.

”

Alimentación

Las pautas de consumo alimentario en la comunidad gitana no sólo están determinadas culturalmente. La división económica entre “los que pueden” y “los que no pueden” es frecuente y marca el discurso, en especial el de las más jóvenes. Las mayores, por su parte, siempre se muestran algo más cautas en lo relacionado con la prevención y los cuidados. En este sentido, el grupo es consciente de que existen condiciones de vida que impiden el desarrollo de una vida saludable.

“ *Si una vive debajo de un puente y otra vive en un piso.*

- El agua caliente, las comodidades...

- Entonces caes..., por ejemplo una infección, en un piso la puede controlar, debajo de un puente no. Sin agua, sin luz, ni las comodidades de limpieza ni nada..., no puede mantener una infección, una herida que se le ha salido, unos puntos, entonces en mi casa se lo puedo solucionar porque tengo agua caliente, tengo más limpieza... pero debajo de un puente no... es distinto de una situación a otra.

”

Sin embargo, una vez alcanzados ciertos niveles de existencia, los estilos de vida no resultarían vitales para la salud, y es ahí donde entra la alimentación como un aspecto secundario de la vida. Tener más dinero permite tener más caprichos, pero, eso no garantiza la salud porque, en términos generales, no se percibe una estrecha relación entre comer bien y estar sanos. Estar sanos forma parte de la naturaleza intrínseca de las personas, y no se modifica con determinado tipo de comidas. Tanto los que andan económicamente mejor, como los que andan peor, han de enfrentarse a los mismos problemas, y la alimentación, mientras exista en cantidad suficiente, tiene poco que decir.

“ *Si fuera por eso, los que estamos más bajos por así decir, de economía andaríamos peor, y normalmente la enfermedad tampoco varía nada con la alimentación. La alimentación es buena también ¿no?, pero luego yo creo que ya para eso no hay mucha diferencia para una cosa que para otra.* ”

En la medida en que la variedad en la dieta nunca ha constituido un auténtico problema en la comunidad gitana, hoy en día tampoco se concibe como motivo de preocupación. Se conoce el mensaje de que “hay que comer de todo” y, en público se acepta su contenido, otra cosa es que existan obstáculos culturales, económicos... que contradigan la bondad de dicho mensaje. Por otro lado, la variedad comporta una serie de desventajas que no se encuentran en la rutina y en la comodidad que ofrecen ciertos alimentos. Especialmente hablando de lo que a las mujeres les gusta comer, o con lo que se sienten a gusto, se insiste en la idea de conformarse con tomar “café con bollos a cualquier hora”, cosa que produce aprobación general.



“ *Comería con un bollo, la merienda con un bollo y cenaría con un bollo (risas)*

- *Yo sí, con café y un bollo.*

- *Y nosotros también.* ”

Es cierto que existen expresiones de autocrítica que apuntan la idea del “*nosotros no comemos bien*”, pero habría que tomarlas con precaución porque, más que una intención de cambio, pueden representar una reafirmación de la condición esencial del gitano en el sentido de “*nosotros no comemos así*”. Las intenciones de cambio se dotan de cierto carácter individual y se realizan al margen de las constricciones que impone el grupo, por lo que habría que presentar las ventajas individuales que los cambios generan en cada sujeto, antes que esperar movimientos colectivos desde el “*nosotros*”.

“ *M: La alimentación, ¿os preocupa la alimentación?, ¿os parece importante?*

- Sí, sí, porque la tiene, sí. La tiene la importancia, sí, lo que pasa es que no la ejercemos, porque teníamos que comer algo más de verdura, algo más de pescado... y eso entra poco en casa. Yo creo ¿eh?, yo en la mía entra muy poco. Y en la casa de los gitanos entra muy poco.

- No entra en la casa de los gitanos, ni en la del público.

- En mi casa que no entra el pescado.

- La verdura para mí porque soy yo la que la como, la verdura, la fruta entra para mí, porque no la quiere nadie. Y el pescado entra para mi marido, porque yo tampoco lo quiero. Así que yo creo que también depende de todo.

”



Parece que, el no haber visto en casa y desde pequeños determinado tipo de alimentos dificulta su introducción en la dieta familiar. También la economía condiciona el consumo. Pero sólo condiciona para algunas cosas.

“ *Es que si vas a la pescadería te tiras toda la semana sin comer (risas). A ver, porque lo dejas todo en la pescadería. Es que no, no se puede comprar. Tampoco es porque no nos gusta ¿eh?. Porque si no haríamos un esfuerzo y en vez de lenguao comeríamos sardinas, pero es que no, que no nos gusta. No estamos hechos desde pequeños. Tampoco nos lo han inculcado cuando éramos pequeños. Pues ahora cualquiera come un pescado.*

- Yo si traigo pescado pero no lo comen, lo como yo sola. Y algunas veces mi marido. Pero yo como no me lo ha enseñado mi madre, pues no lo pongo. Y las frutas y todo eso...

- Mi madre tampoco era de verduras.

”

En realidad, la falta de costumbre no ha suscitado problemas a la hora de introducir nuevos productos en los hogares gitanos, tal es el caso de la comida rápida, pues parece que son numerosos los hogares que se han adaptado sin problemas a las formas “modernas” de comer. Con la excusa de los hijos, se ha conseguido una rápida habituación, y hoy son muchas las pizzas y hamburguesas que “comparten mesa y mantel” con las familias gitanas. Las ventajas son evidentes, *“no te tienes que meter en la cocina te lo ponen ahí y ya”*.

“ *Está riquísimo (risas)*

- Yo cada vez que vamos nunca me pedía una hamburguesa.

- A mí sí me gusta.

- Yo si voy al burger es para la hamburguesa, lo que pasa que luego el resultado pues ya lo vas a ver (risas)(...)

- Yo si voy tampoco voy por mí, si voy es por las niñas, por llevar a las niñas y si voy también lo hago por mí.

- Hay que comer de todo, hasta comida basura. Hay que comer de todo.

”

Los problemas añadidos son secundarios, la obesidad tampoco parece importante, la única cuestión que limita el consumo es la económica, los productos son caros y “tampoco pueden permitirse más”. El grupo reconforta las salidas al burger mencionando que “de vez en cuando no pasa nada”, que “también hay que comer comida-basura” y que “está bueno”. Dichas incursiones no son objeto de reprobación moral



o cultural, y suscitan la alegría colectiva, posiblemente porque se asocian a los placeres de la vida y representan un ejemplo de la “modernización” del grupo.

En este sentido, las visitas a establecimientos de comida rápida están perfectamente justificadas. Si en un principio se reconoce que el consumo se produce cada quince días, cuando el discurso se anima, todo parece poco para argumentar que con ello se disfruta, no se hace ningún mal y se da gusto a los demás.

“ *Y que te piden poco. Te piden una vez a la semana, los niños, tampoco te dicen ahí dos o tres veces a la semana. Te piden los domingos, para salir.*

- *Sí.*

- *Y por eso pues nos complace hacerle ese gusto.*

- *Ese capricho.*

”

El consumo de estos productos no exige ir al local, puesto que también se pueden comer en casa. Llamar al establecimiento y pedir pizzas o hamburguesas para la cena forma parte de la vida cotidiana de las familias con hijos. En ocasiones, se alude a la “falta de tiempo” como el principal motivo para no realizar un plato tradicional, sin embargo, en la mayor parte de los casos parece ser el beneplácito de los padres respecto a las decisiones de los hijos sobre la alimentación en casa.

“ *Sí también hago de cuchara, pero en verano mucha ensalada y de frito y cosas de esas y por la noche, pues eso, una pizza si pide mi hija o... cosas así.*

”

Las generaciones más mayores mantienen un discurso ligeramente diferente. Si las familias jóvenes se han sumado a la alegría de la comida rápida, las mayores se encuentran con el dilema de ver como sus hijos sólo quieren comer ese tipo de productos. Mientras tanto, ellos no terminan de disfrutarlos. En este sentido, se expresan sentimientos de culpabilidad al no poder hacerse con la situación.

En casa intentan imitar, sin éxito, los productos procedentes de dichos establecimientos, pero los jóvenes no quieren una copia y prefieren los “auténticos”, posiblemente porque lo de menos sea el producto en sí y lo de más lo que el producto significa. Está claro que el placer del consumo de estos productos no puede sustituirse por un producto casero.

“ *Luego otra cosa, que si tú quieres hacérselas en casa, con todo, la lechuga, el tomate.*

- *No es lo mismo.*

- *Ya no la quieren.*

- *Es que les gusta esa, la que comen en el MacDonal.*

- *Y la del Telepizza.*

”

“ - Tú compras una carne que es ternera, que no sabes lo que están metiendo en las pizzas o en las hamburguesas, y tú se la haces en casa, y sí la comen pero... ellos quieren más la... , yo no sé por qué, qué sabor le darán o qué cosa le harán, que prefieren las de..., las compradas. Porque yo las hago en casa pero bueno...

- Pero no están igual dicen que no están igual.

”

Las mujeres son las que llevan el control de la alimentación familiar, lo que confirma su relevancia como agentes de cambio. Esta responsabilidad genera muchas tensiones en lo que respecta a la alimentación de los hijos porque cada vez la perciben más fuera de su control y porque no parecen contar con el suficiente apoyo de la autoridad paterna.

“ Yo tengo más problemas con el niño, con 17 años, ese si viene, de donde venga, si viene a la una y media o las dos, como venga ya tengo que tener la comida hecha, porque si no, se pone por las nubes. Si mi marido no, mi marido no, ya te digo. Pero con el muchacho, ese ya...

Moderadora: Y para vuestros maridos, el tema este que hemos estado hablando, de cuidarse, de comer variado, y todas esas cosas. ¿Que pensáis?, ¿que les importa?

- A mi marido si le pones la comida... por así decirlo a él le gusta, a él le da igual, que se esté cuidando que no. (...) Él ahí no mira.

”

El papel del marido/padre no resulta importante en este asunto y su alimentación no les preocupa en exceso. Como también suele pasar en la comunidad mayoritaria, los varones se muestran menos predispuestos a cuidar su alimentación (bajar el consumo de grasas y sal, aumentar el consumo de frutas, verduras y pescado...) o a seguir los tratamientos médicos pero eso, a las mujeres, no les genera mucha preocupación. Por otro lado, los varones no ponen mucho interés en frenar los desmanes alimentarios de los hijos.

La alimentación de los niños, e incluso de los jóvenes, sí parece ser una constante fuente de disgustos y problemas. Son pocos los que reconocen que sus hijos comen variado y algunos, directamente, han sustituido la alimentación tradicional por golosinas y comida rápida. La sensación que reproducen sus madres es



que “la batalla está perdida con los hijos” porque si no les gusta la comida que hay, no comen, y comen otras cosas. Se alude al hecho de haber sido demasiado “consentidoras” cuando los niños eran pequeños y que ahora es difícil modificarlo. Este consentimiento viene desde los diferentes miembros del hogar, los padres, los abuelos... con lo que ahora el cambio resulta complicado.

“Yo tengo cuatro, que dos de las pequeñas no comen nada, nada, nada, ni en el colegio, ni en casa, yo no sé de qué se pueden mantener (...) No comen, no comen nada y así muchas veces cuando me dicen de ir al burger que es cuando comen, pues yo me... voy a llevarlas es verdad.

- Nosotras en casa es que somos muy consentidoras, a veces, en algunas casas. Porque a lo mejor tenemos una pota de comida y a quien no le gusta, “Bueno, te hago de esto, te hago de lo otro”. Como siempre tenemos cosas y les haces a lo mejor un plato de croquetas, patatas fritas, pizzas, y lo que le gustan a ellos pues luego ya dicen, les pones un plato de comida y están esperando que le pongas lo otro.

El consumo de chucherías se considera comida y, por lo tanto, forma parte de la alimentación diaria. El dinero está para gastar y se dedica a los placeres de la vida, no parece tampoco ponerse freno a las exigencias de los niños, con lo que se generaliza la idea de que “mientras podamos permitirnoslo, vamos a disfrutarlo”. Incluso los adultos participan del consumo de estos productos.

“Moderadora: ¿Y lo del quiosco? ¿os parece mal? ¿os parece bien? ¿Es normal, los niños comen...

- Mientras se tenga...

- Algo tendrán que hacer las niñas.

- Mientras se tenga se les da algo para gastar, cuando no tengas pues no le das.

- Pues si mi niña me pide 50 céntimos para gastar o un euro. Si lo tengo se lo doy, no la voy a dejar llorando, ¿verdad?

- Yo me voy sola a gastar, y me lo gasto yo (risas). Todos los días o casi todos los días. Me voy y lo gasto yo. Pero soy muy golosa y todos los días me..., unas gominolas si tengo un euro y me lo como con la nieta, que soy más golosa yo que la nieta (risas).

El quiosco forma parte del “ocio” de ahí que las medidas de cambio de hábitos deban ir acompañadas de propuestas alternativas “de ocio” que sustituyan la actividad de consumo de golosinas por otra cosa.

No habría una idea muy clara de lo que los niños deberían comer o no. No existe tampoco un orden de prioridades que coloque lo que está mejor y lo que está peor, todo puede ser igualmente válido y las incursiones al quiosco parecen una manera sencilla de acabar con el problema de la alimentación en los niños.

“ *Moderadora: ¿Y las meriendas y todas esas cosas?*

- Las meriendas bien. Las meriendas les gustan, pues como dicen éstas, las mandas al quiosco, se compran una caña o un pastelito o un bocadillo de nocilla o algo. La merienda bien, ellas lo hacen rápido, pero lo malo es la comida. Porque a mí me gusta hacer solamente una comida.

En el momento en que a alguien no le guste algo de lo hecho se sustituye la comida tradicional por comida rápida “no me gusta” anda vete a por una pizza y dame eso”. No hay referentes de autoridad familiar y el único límite es el dinero. No existe ningún otro problema, ni de salud, ni de pérdida de tradiciones...

“ *La madre que le pueda dar ese capricho pues bueno, pues se lo puede mantener, pero la mayoría no nos podemos mantener a hacer lo que ellos quieran. Por ejemplo con el burger es una vez a la semana si lo podemos permitir, pero todos los días tampoco.*

Los referentes tradicionales de la comida gitana, el puchero, el cocido, tienen dificultades para mantenerse entre las generaciones más jóvenes que han interiorizado rápidamente las nuevas formas de alimentación. Aquí no pesan elementos negativos, el coste económico de estos productos sirve para poner límite al consumo, pero, mientras se tenga dinero, no constituye un verdadero problema y no existen grandes prejuicios de otro tipo, las grasas, la poca variedad de gustos, la estética del consumo... Por otro lado, y frente a los establecimientos tradicionales, representan ventajas específicas: están pensados para un consumo en familia, son suficientemente impersonales como para no discriminar a ciertos grupos sociales y se adecuan a las exigencias de la modernidad.

Actividad física

Es evidente que existen diferencias notables entre los conceptos de “actividad física”, “ejercicio” y “deporte” y que, si bien todos son valorados positivamente en relación a la salud, no todos se asientan por igual en la organización sociolaboral de la comunidad gitana. La actividad física se vincula al desempeño de la actividad cotidiana y en ella se incluye cualquier movimiento que implique un gasto de energía corporal. El ejercicio físico ya es una actividad realizada específicamente para mejorar la salud o aumentar los niveles de calidad de vida en general, mientras que el deporte, supondría una actividad más organizada, con una serie de normas, y que puede practicarse de manera individual o colectiva.



Mientras que a la comunidad gitana la actividad física se le supone, ni la cultura ni la organización social consideran el ejercicio o la práctica deportiva como un hábito tradicional en el grupo.

“*Date cuenta que yo tengo que dejar el piso hecho antes de irme al mercado. Y cuando vengo tengo que recoger todo lo que han tirado. Y dejar la comida hecha. Yo todos los días. O sea que tienes que andar corriendo, que esto, que lo otro, que pacá. O sea que sí hacemos. [ejercicio]*”

Al preguntar por el ejercicio realizado, las respuestas apuntan a que se lleva a cabo mucha actividad física, pero no como deporte organizado, sino como parte de las exigencias de la vida cotidiana. Todas dicen no parar en todo en día, con la casa, los niños y algunas, además, con el mercado. Sin embargo, sí encuentran que los efectos del trabajo en la casa son distintos a la práctica regular de ejercicio físico.

“ *Yo lo veo diferente que el trabajo de casa no es como hacer gimnasia. Sea que te haces una cama, friegas, pero no es deporte. Que es mucho mejor el deporte. Tienes las piernas más duras, haces más gimnasia. Y así estamos, si no paramos todo el día, pero luego estamos flácidas (risas)* ”

Venía siendo habitual pensar que la actividad diaria era suficiente para garantizar el movimiento, pero es evidente que el ritmo del trabajo y, sobre todo, el uso de ciertas comodidades reducen de forma evidente las exigencias de movilidad.

Las mujeres que se han incorporado a cursos específicos de gimnasia, programados desde organizaciones sociales o gimnasios hacen una valoración positiva. Acusan la falta de tiempo, para no practicar una actividad de manera regular, pero, para algunas, el ejercicio programado puede ser un lujo que no pueden permitirse en su vida cotidiana. *Pero habrá gente que tenga tiempo, que pueda ir.*



La cuestión es que si planificar unas sesiones de ejercicio constituye un lujo, la pérdida de actividad física en la vida cotidiana constituye una realidad para buena parte de la población. El uso (y abuso) del coche ha sido el principal motivo de este cambio respecto a tiempos pasados.



Las generaciones más jóvenes de mujeres acceden al carné de conducir con relativa frecuencia y es en ese momento en que abandonan la práctica del paseo y la necesidad de ir a los sitios andando. Tener coche/furgoneta significa dejar de andar y empezar a utilizarlo para todo y poco a poco se introduce la idea de que “los que van andando son los más pobres”.

Los que han accedido al coche reconocen su pereza, pero lo hacen con sorna reflejando que si no andan es porque tienen coche, y eso, debe ser mejor que ir a los sitios andando.

“ *Diez kilos he engordado.
Con el coche ya no andas.
Nada. He venido aquí porque me han traído (risas)* ”

“ Yo quiero andar pero es que no puedo. Yo, el momento en que voy un cacho andando y me, me canso, tengo que ir en coche (risas) en serio. (Murmullos) Yo me canso mucho. Y si me llevan y me traen mu bien, pero eso de ir yo andando. Me canso mucho.

Porque no estás acostumbrada, te fatigas. Yo no, yo fatigarme no. Lo que, luego te haces al coche, que te lleva, te deja aquí, te montas allí. Y luego la comodidad para dejarla no sé, cuesta mucho. ”

El ejercicio físico no sólo se reduce a prácticas institucionalizadas, la costumbre del paseo supone una excelente rutina para mantenerse en forma, pero son sólo las más mayores o las que no tienen coche en su familia las que más se sirven de este hábito. Son ellas las que menos se han acostumbrado al coche, lo que desde el punto de vista de la salud tiene importantes ventajas.

“ Yo sin el coche me da a mí algo. Yo no puedo estar sin el coche. Por la niña por todo, porque no me hallo tampoco (risas).

- Eso porque te has acostumbrado ya. Eso porque tenéis el carné, pero las que no tenemos, pues nos hemos hecho a coger el autobús y ya estamos.

- Yo salgo a andar con mi hermana por las tardes, con las hijas de esa. Solemos ir una hora por ahí o media hora, ¿verdad?. Solemos ir casi de noche con el verano. Pero sí, sí andamos. Por lo menos cerca de una hora sí andamos todos los días. ”

La cuestión del ejercicio físico resulta también interesante respecto al uso que de él hacen los más jóvenes. En este sentido, se aprecian formas de ocio muy diferentes para los niños y para las niñas, (o chicos, chicas). Respecto a la práctica deportiva, todas las madres afirman que sus hijos hacen deporte en la escuela, lo cual tampoco nos da excesiva información si pensamos que, en este tipo de cuestiones, siempre se apunta a lo deseable, es decir, a confirmar que los niños y niñas gitanas participan de todas las exigencias escolares, en este caso el deporte.



Lo que sí nos da información es el hecho de descubrir modelos de ocio muy diferentes para niños y niñas. Si para los niños la salida a la calle resulta frecuente, las niñas

parecen no contar con ningún tipo de actividad externa ya que su ocio se limita a “estar en casa”, “ver la tele” “leer revistas y escuchar música”. Otras directamente a fregar. Por ello, sería muy necesario programar actividades de ocio que introdujeran estilos de vida saludables en relación al consumo y a la práctica deportiva y a las que las niñas/chicas tuvieran fácil acceso.

“*Y luego por ahí no han ido las niñas como los niños. Los hombres van por ahí, comen otras cosas. Pero las niñas, pues en casita a fregar, ya está (risas)*”.

“Pues mi hija siempre está conmigo. Ella sólo va al instituto y del instituto a casa. Me ayuda a mí un poco con las tareas, poco, porque ve más revistas que...tirada en el sofá, o si sale por ahí a tomar algo alguna vez, con las amigas y eso, si es el cumpleaños de alguna amiga y... en casa todo el tiempo”.

”

Percepción del riesgo: seguridad en la carretera y en el hogar

Seguridad vial

Las cuestiones de seguridad se encuentran muy mediatizadas por la visión del riesgo y la prevención que hemos comentado anteriormente. Respecto a la seguridad en carretera, existe un discurso oficial que parece bien aprendido por el que se asegura que “no se mueven en coche sin ponerse el cinturón”.

“ *Mi hermana tiene dos niños pequeños” como no lleves silla en mi coche no montas” (risas) Yo es que se lo digo “no tienes silla, no monto a los niños”. En el coche no monto, que luego la multa y los puntos me los quitan a mí.*

- (...) La mayoría por puntos o porque le ha pasado alguna desgracia o algo malo y se lo pone. Pero la mayoría, no digo el 100%, pero el 90% sí.

Desgraciadamente, los datos no deben acompañar la certeza con la que esta señora asegura el uso generalizado del cinturón de seguridad. Siguiendo principios básicos de “deseabilidad social”, es decir, posicionándose según lo que socialmente se espera de ellos, nadie reconoce ir en coche sin cinturón o sin poner la silla a los niños. Sin embargo, y acorde a esa dificultad para incorporar y entender los principios de la prevención se descubre que, en lo que respecta a la carretera, no existe una clara noción de riesgo.



En este sentido se teme más la pérdida de puntos del carné o la multa que el tener un accidente, una actitud quizá no muy diferente a la que mantiene la población no gitana. Pero es que, además, se piensa que el hecho de no haber tenido accidentes invalida el principio de prevención y la función de las medidas de seguridad.

“*Yo para mí no es difícil porque, por así decir, me he acostumbrado. Aunque no sirva para nada porque gracias a Dios yo nunca he tenido un golpe ni mi marido tampoco. No es cuando tienes un accidente o algo sabes que el cinto te puede venir de espaldas, ¿no?, pero yo por seguridad ya no. Ya por los puntos y por todas esas cosas, las multas que hay.*”

No se alcanza una lógica preventiva del “por si acaso”, se tiende a pensar que si no se ha tenido un accidente nunca se va a tener un accidente y, por lo tanto, no sirve de nada, a lo sumo, habría que ponerse el cinto para evitar la multa. Parece que se necesitaría la experiencia de un accidente de tráfico cercano para confirmar que el cinto vale para algo.

“*Es que tienes más miedo a los puntos que al accidente.*
- *Es porque no te ha pasado porque no ha llegado a pasar.*
- *Es porque no os ha pasado, si os pasa ya verás como lo pones.*”

En la medida en que prácticas “excesivamente preventivas” en el coche pueden interpretarse como falta de confianza hacia la persona que conduce, encontramos una presión colectiva que actúa en contra del uso del cinturón de seguridad. Ponerse el cinto es dudar del “buen saber hacer” en carretera del familiar que lleva el coche, lo que se entiende como una forma de horadar la seguridad que ofrecen las relaciones familiares.

“*Yo voy con mi hermano y me dice: “Eres una desconfiada, te pones el cinto, que vamos ahí, hija, que vamos a la plaza” y yo lo primero que hago es ponerme el cinto.*”

Respecto a los hijos parece que no se logra mantener el control de la situación, y son varias las pegas que se encuentran: “se sienten como ahogados”, “se lo quitan y se lo ponen”, justificando de esta forma que el resultado final sea que los hijos vayan sin cinto. Por eso, las medidas preventivas deberían aclarar que no puede haber ninguna negociación con los pequeños a la hora de ponerse el cinto y que esperar a tener un accidente para comprobar el sentido del cinturón puede ser demasiado arriesgado y peligroso en la vida de los familiares.

“Yo el mío también cada vez que vamos en coche, “ponte el cinto”, “hay hija que no va a pasar”, “ponte el cinto” que no va a pasar nada” y se pone “cuando los vea me lo pongo”.

Sí se descubren, sin embargo, matices interesantes entre la débil preocupación que suscita la seguridad en carretera en general y la que se refiere a los hijos. Si en la comunidad no gitana, la preocupación por la seguridad vial y el uso de cinturones es una cuestión reciente, para la comunidad gitana, el problema aún se manifiesta de manera débil aunque progresivamente con más importancia para el caso de los hijos y cuando se han vivido experiencias cercanas.



“Yo mi hijo tuvo un accidente el año pasao y antes de tenerlo siempre estaba, “ponte esto, ponte lo otro” y le dio la vida que tenían el cinturón puesto que sino vamos, lo desprende. Yo, para él, ¿eh? Yo mi marido no hago ni puto caso (Risas), pero si es para mi hijo, bueno.

Seguridad en el hogar

La falta de una clara noción de riesgo se lleva al hogar y se traduce en ausencia de problemas con la seguridad de los hijos. Parecería que sólo ante situaciones muy extremas se tendrían que tomar medidas de seguridad. Da la sensación de que sólo habría que cuidarse de situaciones de muerte o de extrema gravedad y no de otras cuestiones que resulten más cotidianas. En este sentido, sí sería conveniente dar a conocer los riesgos del hogar, porque en este tema las mujeres se muestran sorprendidas de pensar que su propia casa pueda ser un lugar peligroso lanzando el mensaje de que no se trata sólo de evitar situaciones extremas, sino de prevenir otros riesgos que, sin suponer peligro de muerte, resulten evitables.

Una persona reconoce que un día su hijo se cortó con una maquinilla que dejó después de depilarse, pero que menos mal que “no tengo ninguna enfermedad, pero si llega a ser un... que tienes una enfermedad pues, al niño iba, porque eso se pega a través de la sangre”. Otra dice estar pendiente de la ventana porque a su hija le gusta asomarse, pero “vivo en un primero, que tampoco es, pero... se puede caer y se puede hacer daño”.

Habría dos actitudes que se complementan mutuamente; por un lado, está la idea de que con los niños por mucho cuidado que se ponga, les puede pasar cualquier cosa, y que entonces, ¿para qué sirve prevenir si ellos son imprevisibles?. Por otro lado se piensa que si nunca han tenido problemas, ¿cómo los van a tener ahora? El resultado final es que adoptar medidas de seguridad especiales para los niños no sirve de mucho y de todas formas parecería que los niños gitanos aprenden muy rápido lo que tienen que hacer y no hace falta insistir demasiado en ello.

“Mira, yo muchas veces o desinfecto, me gusta hacer las cosas bien, y muchas veces pues dejas la lejía y los detergentes y todo. Y les digo a las mías, “eso no se toca porque eso no se puede, eso es malo” y ellas mismas saben lo que es malo.

- Nunca hemos tenido problemas con los niños de decir, pues mira la niña de tal está ingresada muy grave porque ha tomado lejía o la otra amoniaco. Y nos gusta tener ya te digo las cosas bien limpias.

”

Algunos aspectos a tener en cuenta: Conclusiones

- La salud se interpreta como una propiedad que se tiene o no se tiene, no tanto como un continuo que pueda mejorarse o empeorarse en función de la forma y las condiciones de vida. No existe una conexión evidente entre los comportamientos sociales y la aparición de enfermedades con lo que se encuentran ciertas dificultades para la interiorización del uso de la prevención en salud. Mientras no se tenga una enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud carecen de sentido, el riesgo sólo existe de una manera muy débil con lo que no se encuentra una motivación suficiente para llevar a cabo prácticas saludables.
- Las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, obesidad, colesterolemia...) no se ven como un grave problema mientras no se manifiesten en dolor, son enfermedades que acompañan la vida cotidiana, de modo que lo que se puede hacer al respecto sólo es relativo. Las enfermedades graves requieren conocimiento experto, revisiones médicas y tecnología, pero no se pueden solucionar con medidas preventivas con lo que, el cuidado, la dieta..., son aspectos con poca relevancia.
- Se aprecian diferencias generacionales importantes respecto a la promoción de la salud. No son las jóvenes las que toman más medidas, sino las mayores que han sufrido una pérdida de salud importante, las que optan por el cuidado en la alimentación y el mantenimiento de la actividad física. No se alcanza de este modo el principio de prevención, que llega demasiado tarde y cuando no puede actuar adecuadamente.
- Respecto a la introducción de cambios concretos en algunas de las prácticas generalizadas en la comunidad habría que combinar medidas individualizadoras con otras de carácter colectivo. Sobre las primeras, se apuntaría la necesidad de

alejarse de comportamientos socialmente y culturalmente definidos que resultan negativos para la salud. Si las definiciones colectivas de la identidad gitana se reconfortan con la idea de que “los gitanos no vamos al médico”, “los gitanos somos sanos y no requerimos de la prevención” se tendría que apostar por ideas del tipo “aunque a los gitanos no les guste ir al médico o no les guste prevenir *yo sí lo voy a hacer*”.

- Junto a esta propuesta de individualización sería conveniente cuestionar colectivamente la generalización de prácticas sociales presentando las ventajas de modelos saludables, que cuidan la alimentación y previenen los riesgos, como los modelos más adecuados, más modernos y más “de moda”. Que no sea el “consumo ostentoso” de las hamburguesas y el coche el referente de vida de la comunidad gitana sino que se presenten otras formas alternativas y saludables de ocio y consumo.
- Pese a las dificultades encontradas, se aprecian cambios sociales positivos y muy valorados por las propias mujeres que citan el sentimiento de un mayor grado de libertad, el deseo de ascenso social, de formación, de permisividad y de promoción, como herramientas bien valoradas para la mejora individual y colectiva. Sin duda alguna un contexto muy necesario para el desarrollo de los programas de promoción social de la salud.

