



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/210.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN ORAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Salud/enfermedad de la población gitana. Vivencias y prácticas**
Autores **Pilar Elena Sinobas**
Centro/institución Centro de Salud Altamira, Servicio Cántabro de Salud
Ciudad/país Puente San Miguel (Cantabria), España
Dirección e-mail elenasinobas@yahoo.es

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La historia de la existencia, y por lo tanto de las vivencias, de la comunidad gitana en España data del s. XV ^(1,2). Desde entonces, este colectivo no ha estado exento de conflictos sociales de diversa índole. En la actualidad existen dificultades y algunos problemas en los contextos sanitarios, principalmente debido a las diferencias en su percepción del enfermar y de los conceptos de `salud´ y `enfermedad´ respecto a la que tiene la población mayoritaria, según describe la literatura ^(3, 4, 5). Asimismo, la utilización de los servicios sanitarios públicos que realiza la población gitana diverge respecto a la de la media de la población.

Algunos de los comportamientos y actuaciones de este grupo poblacional en el contexto sanitario repercuten negativamente en las situaciones de salud y de enfermedad tanto individual como colectiva, así como en el propio Sistema Sanitario Público, en sus profesionales y gestores.

Todo esto ocurre a pesar de diversos estudios al respecto ^(3,4), lo que hace pensar que sería conveniente mantener actualizados, a través de la investigación, los conocimientos referidos a la multiculturalidad de la sociedad en general y, especialmente, de este colectivo en particular.

Es sabido que se dispone de los recursos y de la capacitación profesional necesarios para reducir los problemas y las dificultades referidas. Lo que falla es el conocimiento

en profundidad de las creencias y percepciones gitanas y, por tanto, las dinámicas de interrelación de los sanitarios con este grupo poblacional. Conociendo mejor estos aspectos, los profesionales y los gestores de los sistemas sanitarios podrían lograr ofrecer una atención de calidad (técnica y humana) a este grupo poblacional.

Por ello, este estudio se justifica y plantea como objetivo identificar el pensar, sentir y vivir de las personas gitanas, en un intento de aportar conocimiento a la comunidad científica en relación a sus vivencias respecto a la salud y la enfermedad. Así, los resultados supondrán un avance en el conocimiento y, sin duda, contribuirán a resolver un problema de salud de forma directa (en su aplicación a la práctica clínica) e indirecta (en cuanto a la comprensión de otras formas diferentes de pensar, vivir, sentir y practicar en temas de salud y enfermedad).

Metodología

Estudio cualitativo a través de entrevista en profundidad. El informante es un agente de salud de la comunidad gitana, seleccionado por sus conocimientos de la población gitana. Su narración puede ayudar a comprender la idiosincrasia de su comunidad.

Se realizaron dos entrevistas de entre 60 y 90 minutos en el Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Se firmó el consentimiento informado pertinente y se siguieron las preguntas planteadas, dejando fluir el discurso del informante. En la segunda entrevista, un mes después, se observan respuestas más largas, discursos más completos y relatos más fluidos ^(6,7), que sirvieron especialmente para enriquecer la información sobre la percepción gitana de la mujer y del sistema de salud.

El análisis de los datos se realiza a través de la Teoría Fundamentada.

Narración del informante

Concepciones sobre la salud

La salud es un estado “sin dolencias, sentirse bien, es lo mejor que tienes”. Es tener actividad vital y laboral, ser una persona activa, con relaciones sociales y familiares.

Estar gordo es sinónimo de salud. Un niño delgadito es un niño mal comedor y que padece una enfermedad. Delgadez es enfermedad.

La promoción de la salud. Solo se actúa cuando la enfermedad obliga. Se es irregular en los cuidados. Se cuida la alimentación y el ejercicio cuando existe alarma. Incluso con enfermedad se transgreden los cuidados. No se ve peligro.

La mujer como eje de la familia. Destaca el papel de la mujer en la promoción de la salud: es la piedra angular en la familia, por ella pasan todos los temas de salud. Están sobrecargadas:

- Se ocupan de los niños, sus vacunas, médicos... Acompañan a los familiares a consulta...
- Se ocupan de lo que se come, de cómo van vestidos y aseados, de la limpieza del hogar...

Algunas etapas de la vida como la infancia y la vejez, son periodos de mayor estima. Les parece que las personas en esas edades están desprotegidos y son los más valorados en la cultura gitana.

Los niños, hasta los 8 o 10 años, reciben todas las atenciones: la mejor y más cara alimentación, el mejor médico... A partir de esa edad, sienten que el niño ya no va a enfermar nunca. A partir de los 12 las vacunas no se ponen.

Las madres se preocupan por el desarrollo de los niños: peso, talla, alimentación, higiene, desarrollo psicomotor... Pero siempre bajo su percepción de estos temas. Se preocupan más si los problemas son muy evidentes. Por ejemplo, no consideran problemas de salud la necesidad de correctores dentales o los déficits visuales.

Los ancianos: las hijas se ocupan de sus padres y los acogen en sus casas. Nunca llevarían un anciano a una residencia. “Nuestros padres han vivido para nosotros. Ahora toca vivir para ellos. El sueño más grande de un gitano es tener una gran casa y agrupar a toda la familia”.

Aunque... todo está cambiando, ahora se puede hablar de salud, de revisiones, de ir al psicólogo o al centro de atención y estimulación temprana...

Hay maridos que, “aunque no lo digan porque les avergüenza”, ayudan en los quehaceres de la casa.

Concepciones sobre la enfermedad

La prevención de la enfermedad. No existe ese concepto, no se hacen revisiones, no se cumplen las campañas de prevención del cáncer. La enfermedad se liga a la muerte. La salud bucodental no se revisa, solo cuando existe dolor se acude a consulta. La higiene buco dental sí se realiza.

La enfermedad. Cuando llega la enfermedad es algo “muy fuerte. Ya no vas a ser el mismo, te sientes como un anciano, estás triste”. La enfermedad la vive toda la familia. Sin embargo, no se sienten enfermos si tienen alto el azúcar o el colesterol.

Les cuesta reconocer la enfermedad, la niegan. La viven como tabú. No quieren ir al médico por miedo y por no preocupar a la familia, por orgullo y vergüenza. “Ya me arreglo solo...” Van a consulta solo si hay dolor o incapacidad.

La salud mental: estas dolencias no se considera enfermedad. Son problemas peor aceptados. Por una depresión no se va al médico. Solo se acepta ir a consulta ante una situación límite. La esquizofrenia se ve como que se tratara de una persona nerviosa y se acepta. En estos casos las familias se vuelcan.

El dolor, la fiebre y el malestar general, son signos de alarma y se acude rápidamente al médico.

Abunda la automedicación, sobre todo en ancianos. Si, una pastilla le ha ido bien a uno, se la recomiendan al otro. Algunas ancianas tienen pastillas para cualquier dolencia. Se hace mal uso de los fármacos. Hace un tiempo hubo un grave problema de intoxicación

en algunas mujeres por unas pastillas para la depresión y las tomaron porque, según su criterio, adelgazaban.

En **accidentes**, se acude de inmediato al médico, incluso a privados, especialmente en niños y ancianos.

La religión evangélica: creen en los milagros. El Pastor es el intermediario. Ante un niño enfermo se pide la presencia del pastor antes que del médico; es prioritario. La iglesia tiene como fin la sanación. Orar es el último intento para lograr la sanación o para que la persona tenga mejor vida tras la muerte.

La figura del curandero no existe.

Percepción del **sistema de salud, sus profesionales, la atención y los tratamientos.** A los profesionales se les categoriza. La opinión de un médico es la que vale, se le tiene respeto. A las enfermeras no se les tiene tanta estima.

La percepción del sistema sanitario depende del nivel y escala social dentro de la comunidad. La desconfianza y el temor condiciona las respuestas de las personas.

Los tratamientos los aceptan con temor y los abandonan cuando se sienten bien. En los casos graves son más rigurosos (quimioterapia) pero no tanto en los tratamientos farmacológicos. En tratamientos de rehabilitación, depende de la gravedad.

Generalidades: creen que los profesionales sanitarios no conocen la realidad gitana ni sus valores, tienen una imagen distorsionada. Ser gitano “es sentir que perteneces a una comunidad diferente, donde priman valores como el amor, el respeto, la familia, el orgullo, el cariño a los ancianos. Somos una piña. Debemos darnos apoyo y arroparnos”.

Discusión

El concepto de salud para la comunidad gitana es sinónimo de bienestar. No difiere de la concepción mayoritaria.

Al no existir el concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, no cumplen las campañas al respecto. Se deben promover las campañas que ya existen, especialmente las orientadas a la mujer, a los niños hasta los 14 años y las de adultos.

Los padres sí se preocupan por la salud de sus hijos, pero es imprescindible prolongar esta preocupación a la adolescencia, además de velar por la continuidad del calendario vacunal.

Debe hacerse hincapié en la promoción de la salud en la etapa adulta, por ejemplo, en cuanto a los riesgos cardiovasculares.

En la mujer, es importante el seguimiento de las embarazadas y la prevención del cáncer. Además, debe tenerse presente la importancia de su figura en la comunidad como cuidadora.

Los problemas de salud mental no se consideran enfermedades.

En lo referido al entorno hospitalario, se debe tener presente que la enfermedad se considera algo nefasto y que en determinados contextos se oculta.

En cuanto a la figura del `curandero´ en la comunidad, actualmente no existe. De modo que esta categoría difiere de lo que en el texto *Salud y Comunidad Gitana* ⁽³⁾ aparece como la figura que representa el modelo tradicional de atención médica que se ocupa de las “dolencias de antes”.

La automedicación sin criterio parece más extendida que en la población mayoritaria. Aunque no se han encontrado estudios específicos al respecto, en algunos se refleja este hecho como *utilización abusiva de medicamentos*⁽⁵⁾. Se trata de un tema a considerar dado que, según el relato, en alguna ocasión se han producido intoxicaciones medicamentosas con riesgo para la salud de las personas.

La población gitana tiene su propia religión que los profesionales deben respetar. Hay que tener en cuenta que los gitanos tienen la creencia de que el fin de la iglesia es la sanación.

Profesionales y gestores deben conocer los valores de esta comunidad y tenerlos en consideración en la clínica asistencial.

El mejor entendimiento y la comprensión de los conceptos de salud y enfermedad en la comunidad gitana, pueden ayudar a sanitarios y gestores a respetar las diferencias y poner en marcha intervenciones de salud ya existentes en la comunidad mayoritaria.

Conclusiones

Se debe `suavizar´ el rigor de los protocolos y adecuar las actuaciones profesionales a la forma de vivir la enfermedad de la población gitana.

Las enfermeras especialistas en salud mental deben tener en consideración el concepto que esta población tiene sobre salud mental.

Ambas situaciones suponen compartir riesgos en la aplicación de cuidados.

En Atención Primaria y Salud Pública, para la implantación de protocolos de promoción de salud y prevención de enfermedad, en términos de buena práctica clínica, se debe acudir a la mujer gitana. Del mismo modo, es importante tener presente (sobre todo de cara al futuro más inmediato) que “algunas cosas están cambiando” en los comportamientos de los varones gitanos más jóvenes. Los profesionales sanitarios deben sacar partido de esta evolución en beneficio de la salud familiar de este colectivo.

Los gestores y profesionales sanitarios públicos y la propia comunidad gitana deben poner en marcha acciones concretas en aras al logro de una atención sanitaria de calidad (técnica y humana).

Bibliografía

1. Agustín Vega Cortes. unionromani.org. Los gitanos en España. Barcelona: Asociación Jóvenes contra la intolerancia; fecha de publicación 13 de febrero de 1997; fecha de acceso 9 de febrero de 2014. Disponible en: <http://www.unionromani.org/histo.htm> en línea 2013
2. Wikipedia. Pueblo gitano. Llegada a España. Fecha de acceso 9 de febrero de 2014; disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Pueblo_gitano#Los_gitanos_en_Espa.C3.B1a.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Área de Salud Fundación Secretariado Gitano. Salud y comunidad gitana. Análisis de propuestas para la actuación. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio; 2005.
4. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Estudio sobre determinantes sociales de la salud en la población gitana cántabra. Cantabria: Imprenta regional; 2012
5. V. R. Cabedo García. Como son y de qué padecen los gitanos. Atención Primaria. 2000; 26: 21-25
6. Amezcua M, Hueso Montoro, C. Cómo analizar un relato biográfico. Arch Memoria [en línea]. 2009; (6 fasc. 3). Disponible en: <http://www.indexf.com/memoria/6/mc30863.php>.
7. Amezcua M, Gálvez Toro M. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Revista Española de Salud Pública, 2002; 76: 423-436.